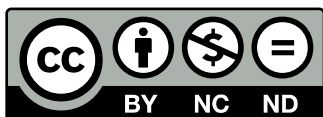


Marta Abonizio

ANTROPOLOGÍA Y SALUD

Drogas: políticas, servicios y prácticas en salud





**Este obra está bajo una licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-SinDerivadas 2.5 Argentina.**

Usted es libre de:

Compartir - copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

Bajo las condiciones siguientes:

Atribución — Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor.

No Comercial — No puede utilizar esta obra para fines comerciales.

Sin Obras Derivadas — No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.

“ANTROPOLOGÍA Y SALUD”

**DROGAS: POLÍTICAS, SERVICIOS
Y PRÁCTICAS EN SALUD**

Abonizio, Marta

Antropología y salud : drogas, políticas, servicios y prácticas en salud.

1a ed. - Rosario, 2008 – 300 p. ; 21x15 cm.

ISBN 978-987-05-4893-5

1. Políticas Públicas. I. Título
CDD 320.6

Marta Abonizio es Licenciada en Antropología, doctora en Psicología, docente e investigadora de la U. N. R.

IMPRESIÓN Y DISEÑO POR DELREVÉS SOLUCIONES GRÁFICAS.

[E-MAIL: GRAFICADELREVES@GMAIL.COM]

HECHO EL DEPÓSITO QUE MARCA LA LEY 11.723

IMPRESO EN LA ARGENTINA

© 2008 MARTA ABONIZIO

ISBN: 978-987-05-4893-5

Dra. Marta Abonizio

“ANTROPOLOGÍA Y SALUD”

DROGAS: POLÍTICAS, SERVICIOS Y PRÁCTICAS EN SALUD

2008

NOTA AL LECTOR

Las narrativas y prácticas que se presentan en el módulo II, son producto del registro descriptivo mediado por interpretaciones, a través de una investigación participante en los servicios de salud; razón por la cual algunos nombres y cargos fueron desdibujados o modificados en función de preservar el anonimato de quienes colaboraron. Sus voces y sentidos son transcritos en forma de letra *cursiva* a los efectos de conservar su textualidad respecto a la complejidad del “constructo” sociocultural de las drogas y el sistema de salud público.

ABREVIATURAS

AA	Alcohólicos Anónimos
AMC	Antropología Médica Crítica
AP	Atención Primaria
APS	Atención Primaria de la Salud
CP	Centro de Prevención de las Adicciones
MMH	Modelo Médico Hegemónico
NN	Narcóticos Anónimos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OTI	Orden Terapéutico institucional
ONG	Organización No Gubernamental
PS/E/A	Proceso de salud-enfermedad-atención
OPS	Organización Panamericana de la salud
RS	Representaciones sociales
SM	Salud Mental
SP	Salud Pública
SSP	Secretaría de Salud Pública

AGRADECIMIENTOS

Esta publicación es parte del Informe Final de la Tesis de Doctorado de la Facultad de Psicología, de la Universidad Nacional de Rosario (año 2004), al que se ha agregado un capítulo de aproximaciones conceptuales al campo de “Antropología y Salud”, producto de discusiones y lecturas con estudiantes que, de un modo u otro, han contribuido a esta síntesis, elaborada a lo largo de varios años desde el “Seminario” en la Facultad de Humanidades y Artes de la U.N.R., y de la interacción con los graduados que, en un juego de intersaberes, participaron como profesionales del Taller “Adicciones: Modelo de intervención” de la carrera de Post-grado de “Especialización en Psicología Forense”, de la Facultad de Psicología de la U.N.R.

También agradezco a mi Directora de Tesis, Mgter. Marta Schapira, por su paciencia ante “los malestares” del oficio de investigación; a las Doctoras Mónica Tarducci y Mabel Grimberg por sus evaluaciones enriquecedoras, y a María Epele por su generosidad con apoyo bibliográfico.

A mis colegas y amigos como Elena Barbieri, Estibaliz Cuesta, Edith Cámpora y Roy Crespi, por sus afectos y capacidad para constituirse espontáneamente en interlocutores firmes en momentos de crisis y zigzagueos de este proyecto.

Hacer docencia, investigar y publicar se tornan tareas dificultosas cuando las mezquindades de algunas instituciones científicas hacen de nuestro trabajo una telaraña de los “ritos de pasaje” inconsistentes. Por ello mi cariño a los Psicólogos Ana Tosi, Alejandra Ballerini, Sandra Suárez, Cristian del Carlo y la Dra. Adriana Huerta. Para las estudiantes de Antropología Belkis Cavallieri y Celeste Krapacher, mi reconocimiento de siempre por sus iniciativas y aliento en este campo de transacciones y hegemonías respecto al “constructo” drogas.

Finalmente, a mis hijos queridos, Federico y Nahuel, que con alegría y frescura han dado apoyo “técnico” a mis desaguisados “informáticos”; y a Rubén, por renovar con amor una forma de estar siempre allí.

INTRODUCCIÓN

“Con la transformación de la perspectiva religiosa del hombre en perspectiva científica, y en especial la psiquiátrica, que quedó plenamente articulada durante el siglo XIX, se produjo un cambio radical de énfasis, que pasó de ver al sujeto como *un agente responsable actuando en y sobre el mundo* a verlo como un organismo sensible sobre el actúan ‘fuerzas’ biológicas y sociales”.

Thomas Szasz¹

Este trabajo está conformado por dos módulos. En el primero, una aproximación a la Antropología en el campo de la Salud, se presentan conceptos², categorías en un espacio para la reflexión, no sólo en la academia sino en las acciones sobre las distintas problemáticas y actores del “campo” socio-sanitario, una red de saberes y significados inextricablemente ligados a los procesos de salud/enfermedad/atención (Ps/e/a), en un contexto de historicidad, social, cultural y político. Las “palabras claves” constituyen las categorías vinculantes, instrumentos relacionales en la práctica investigativa pero también, expresión de ciertos supuestos y teorías para “interpretar” el objeto-salud.

En el segundo módulo, a partir de interrogantes sobre los procesos de atención, saberes y prácticas del personal de salud pública respecto al constructo “drogas”, se presenta un estudio antropológico.

1 Thomas Szasz, “College suicide: Caveat Vendor”, originalmente publicado en The Freeman 55, 27-28 (mayo 2005). <http://www.szasz.com/freeman8.html>

2 Zizek, S. se pregunta “¿Qué es un concepto? A menudo, no sólo tratamos con pseudoconceptos, con meras representaciones (*Vorstellungen*) en lugar de conceptos; a veces, lo cual es más interesante, un concepto puede consistir en lo que parece ser una expresión común, incluso una vulgaridad”. En *Ensayos sobre biopolítica*, (comp.), Paidós Bs. As. 2007.

co con metodología participante-cualitativa en el campo de la Salud Pública, articulando políticas y prácticas institucionales a partir de la “comprensión” del trabajo del sector salud. Es una versión restringida del Informe Final de la Tesis de Doctorado, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario, año 2005, bajo el título “*Actos de significado: la problemática de las adicciones en el ámbito de la Secretaría de Salud Pública Municipal: una mirada desde la perspectiva de los profesionales de los servicios de salud*”.

Divididas en cinco capítulos, las dos partes principales de esta publicación encuentran un anclaje epistemológico en el enfoque antropológico. Éste implica al proceso analítico que busca la construcción de relaciones particulares respecto al fenómeno estudiado, el papel de la teoría en la direccionalidad del proceso de investigación; así como la reflexividad sobre las perspectivas e involucramiento de la autora, en la tensión de los ejes de análisis despejados respecto a la visión y significados de los sujetos en situación de campo.

En la primera parte (capítulos 1 y 2) se presentan algunos núcleos del campo de “Antropología y Salud”, con una breve selección de autores que ofrecen aportes para una “Antropología de los padecimientos”, a partir de los conflictos en las orientaciones político-económicas, culturales-simbólicas e histórico-sociales, para el estudio de la “aflicción”, el sufrimiento humano.

Las relaciones y configuraciones del modelo antropológico guardan profundas relaciones con las ciencias médicas. Desde tiempos remotos, hasta fines del siglo XIX, según J. Comelles³, la Antropología formaba parte de las ciencias médicas básicas, contribuyendo con un discurso propio al saber médico en cuanto a diferencias biológicas y morales —en el sentido decimonónico del término—, y planteaba la discusión acerca de lo biológico/ambiental o social/político/cultural en la patogenia y patoplastia de la enfermedad y en la evolución de las especies.

Pero a fines del siglo XIX el modelo médico, constituido en un proceso coyuntural donde la medicina técnica hipocrático-galénica,

3 Comelles, J. “El modelo antropológico y el modelo médico” en *Enfermedad, cultura y sociedad*. Eudema, 1993.

empírico-naturalista, fue incorporando los paradigmas biologicistas de la llamada ciencia experimental, por lo cual abandona el discurso político-social sobre la salud y la enfermedad. Junto con el proceso de *medicalización* como efecto del progreso tecnológico y como forma de estrategia corporativa, se fue asegurando el monopolio sobre la atención de los padeceres y aflicciones. Con divergencias y paralelismo en el interregno Medicina/Antropología, los enfoques antropológicos constituyeron un área para el estudio de las experiencias culturales de los padecimientos y aflicciones (*illness*), más que el interés médico en la enfermedad (*disease*); con atención diferenciada de la Antropología respecto a patrones sociales de enfermedad (*sickness*) y el saber del paciente como la experiencia corporificada (*embodied*) a partir de los sistemas de salud⁴. Los procesos de salud/enfermedad/atención y sus dimensiones, instituciones –“curadores” o expertos biomédicos, tradicionales y/o alternativos– y las prácticas de auto-cuidado –auto-atención que incluye la auto-medicación–, constituyen un nudo teórico, un instrumento conceptual para comprender y analizar, desde una perspectiva socio-cultural, la demanda y oferta de atención a los problemas de salud.

Conforme a estas proposiciones epistemológicas desarrolladas por la Antropología en relación a los Sistemas de Salud se constituyó un “campo” de conocimientos que incluye distintos núcleos de problematización: modelos de atención, tratamiento de padecimientos, discursos sobre la enfermedad, los recorridos o itinerarios del paciente, procesos asistenciales y orientaciones intervencionistas, articulación de Atención Primaria de la Salud y la participación comunitaria, la “historia cultural de la enfermedad” y la posibilidad de una Epidemiología sociocultural junto a los saberes técnico-ideológicos en el sector salud como campo de transacciones, hegemonía y conflictos en la interdisciplina.

En la segunda sección de este libro, se presentan “decisiones” teórica-metodológicas respecto a este campo disciplinar, a partir de la construcción de un diseño de investigación con la mirada en lo asis-

4 Frankenberg, R. “Unidas por la diferencia, divididas por la semejanza: la alegremente dolorosa posibilidad de la colaboración entre medicina y antropología” en Cuadernos de Antropología Social, nº 17, FFyL-UBA, 2003.

tencial y las condiciones que harían posible que un usuario de drogas sea “asistible”, aún en un contexto de penalización del consumo, que impone la Ley 23.737 en nuestro país (tomado lo asistencial como una praxis relativa a la salud que incluye perspectivas teóricas, técnicas y/o rituales, acciones y dispositivo, junto a valoraciones éticas y morales en complejos procesos de movilización social). Así, la experiencia investigativa refiere a la Tesis de Doctorado en Psicología, de la UNR., cuyo objetivo fue analizar la tensión entre Políticas y saberes, representaciones y prácticas profesionales en Salud Pública; respuestas y dispositivos de los modelos de atención, respecto al proceso de salud/enfermedad/atención ligados al uso y consumo de drogas. En el capítulo 3 se exponen avances en la red conceptual iniciada en capítulos 1 y 2, con categorías sobre la construcción social del problema “drogas”, junto a un breve recorrido histórico de sus tramas culturales. Se considera la polisemia de las definiciones desde la perspectiva antropológica; los paradigmas en juego y los saberes “técnicos” como dilemas teóricos e ideologías asistenciales de los trabajadores de la salud, permeados por procesos sociales, económicos e institucionales.

En cuanto a las instancias ligadas a los procesos de salud/enfermedad/atención se despejaron dos vertientes: una ideológica, expresada en valores, actitudes y representaciones de los agentes implicados; y otra, en la práctica concreta, en las acciones, comportamientos o gestiones relacionadas con los diferentes marcos institucionales o ideológicos. Los aportes de E. Menéndez⁵ han sido centrales en este eje, cuando considera que los saberes y prácticas incluyen, además de aspectos científicos, aspectos socioculturales y políticos que los profesionales sintetizan en términos de una racionalidad técnico-ideológica. Así, las intervenciones posibles responderán a una estructura de prácticas y representaciones, que constituyen saberes atravesados por el involucramiento en una serie de normas de gestión, tanto político-administrativas como ideológico-técnicas, impresas en rituales institucionales que impondrán una forma de operar y organizar el trabajo en el sector salud.

5 Menéndez, E. Di Pardo, R.: *De algunos alcoholismos y algunos saberes*, México, Ciesas, 1996.

La “guerra” perdida

Soberón Garrido⁶ plantea que las políticas neoliberales de los gobiernos latinoamericanos en las últimas décadas fueron una de las causas del aumento en la distribución y consumo de drogas en América del Sur, especialmente de cocaína (del *crak* en Brasil o las formas del “Paco”, junto a los solventes en lo local): “El desmantelamiento de los aparatos del Estado, particularmente de los servicios sociales, permitió que el narcotráfico haya difundido de mejor modo sus espacios, sus influencias a todo nivel y sin discriminación”. El hecho de igualar la droga con el terror ocasionó que varios gobiernos de la región hayan aceptado ese discurso y exacerbado aún más las confusiones y las distorsiones que tiene el modelo prohibicionista actual. El fracaso de la política represiva en drogas, basado en el combate del “narcotráfico” a través de distintos planes y por acuerdos en Convenciones Internacionales, no ha logrado reducir la calidad, la disponibilidad y la cantidad de drogas, ni aumentar el precio de la cocaína, por lo cual se ha hecho más accesible a la población toda, aún en el principal consumidor del mundo, el propio EEUU. La estrategia geopolítica y militar de “lucha contra las drogas” no ha operado con “convencimiento” en la población de usuarios respecto a abandonar las sustancias porque su calidad es “perjudicial para la salud”, pero los daños de estas intervenciones y políticas atraviesan a todas las instituciones, entre ellas la de salud. La corrupción que involucra la militarización iniciada con Nixon en los años 72 y 73 –por lo cual ya llevan más de 20 años de aplicación estos instrumentos–, ha conformado una militarización alrededor de Colombia y ha resignificado movimientos como “terroristas” y “subversivos” al incluirlos en un “problema de seguridad hemisférica” (se podrían considerar los casos de Sendero Luminoso, las FARC, Afganistán, los cocaleros de Bolivia, junto a la tercerización y aumento de agencias de seguridad privatizada), impidiendo la discusión de acuerdo a contextos locales, prioridades particulares e inhibiendo el debate de la liberalización o legalización de las drogas.

6 Soberón Garrido, R.; analista internacional en Drogas y Seguridad de la Universidad de Lima, Perú, en la Conferencia Internacional sobre Drogas, Bs. As. 2007.

Los intentos por tratar de vincular narcotráfico con terrorismo vienen de la década del '70, aún con resistencias de carácter académico, político u operativo; pero hoy, como representación social, drogas es igual a terrorismo en un mismo nivel. “La oficina más importante de Naciones Unidas era el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas –Undep, por su sigla en inglés– y ahora es la Oficina de Drogas y Crimen de las Naciones Unidas, donde la palabra “crimen” se refiere fundamentalmente a delitos sobre drogas y por terrorismo.”⁷ El compromiso con Organismos Internacionales, como la OMS, UNESCO, la cooperación internacional, el lenguaje de las diplomacias como Naciones Unidas, dependen financieramente de Estados Unidos, y esto hace que reproduzcan sus discursos en agendas y funcionarios que temen ver recortados sus presupuestos. Por otra parte, la industria químico-farmacológica contribuye a la medicalización de los problemas sociales y las necesidades de subsistencia para mantener a nivel internacional el control de los padecimientos y el monopolio sobre situaciones de “fobias”, neurosis y/o psicosis, a partir de sus propios medicamentos y agentes, sin incorporar otros modelos de atención y saberes profanos de auto cuidado. El autor también señala que otros actores ideológicamente interesados, como sectores de la Iglesia Católica, conservadores e incapaces de aceptar fórmulas singulares de alteración de la conciencia, junto al lobby de corporaciones médicas y judiciales, enmascaran las carencias de distintos sectores excluidos del consumo de mercancías en general, por lo cual las sustancias psicoactivas, institucionalizadas o no, se presentan como disponibles y accesibles gracias a la empresa del narcotráfico y el marketing de “paraísos artificiales”.

Así, a poco de realizarse en el año 2008 una nueva Convención sobre Drogas organizada por Naciones Unidas, y en momentos en que la problemática del “uso de drogas” adquiere múltiples dimensiones y significaciones, cuando las fronteras entre estos “productos” tienden a esfumarse a partir de perspectivas más amplias que incluyen a todas las sustancias capaces de modificar “los estados de conciencia” –alcohol, tabaco, medicamentos psicotrópicos, productos “ilícitos” o “no institucionalizados”–, la referencia a las “adicciones” se torna en uno

7 *Ibid.*

de los problemas contemporáneos más arduos, tanto en el abordaje teórico como en los distintos modelos de atención. Por otra parte, mientras que la inscripción de este tema en la estigmatización, la corrupción y el acrecentamiento de la violencia dificulta su análisis en términos de relaciones sociales, la construcción social presente de “peligrosidad” de las drogas involucra una multiplicidad de actores.

Por otra parte, otra cuestión importante es que desde los años '80 la mayoría de los aspectos relacionados con el tema de las adicciones, por su vinculación con la emergencia de la pandemia del SIDA, ligando consumos culturales de drogas por vía endovenosa, sufrió el impacto de las políticas neoliberales en salud con una variación de los paradigmas de atención clínica en general y en particular en salud mental. En una entrevista realizada por la Asociación Civil “Intercambios”, el Dr. Sam Friedman⁸ señala que “...probablemente el 60 al 80% de los usuarios de drogas inyectables en el mundo tienen Hepatitis C. La “guerra contra las drogas” conduce a una mayor difusión de infecciones graves como el VIH/SIDA, a más muertes por sobredosis, a más violencia (...). En realidad, yo no paso mucho tiempo yendo por el mundo y diciendo: “legalicemos las drogas” porque pienso que hay un montón de incertidumbres. De lo que sí estoy seguro es de que el sistema actual no está funcionando”.

Estos procesos generaron la discusión en foros internacionales y científicos acerca del carácter sistémico, económico y social de los consumos de sustancias psicoactivas; y la confrontación entre los paradigmas tradicionales de “prohibicionismo-guerra a las drogas” y el nuevo enfoque de la “reducción de riesgos” o del daño asociado a los consumos en los usuarios de drogas. Desde distintos sectores profesionales se buscaron consensos en torno a la reflexión de los paradigmas de la drogadependencia –sobre todo en Europa– y su inclusión como un problema de Salud Pública. Esto llevó a un análisis de las “inter-

8 Sam Friedman es Doctor en Sociología de la Universidad de Michigan, director del Social Theory Core del Centro sobre el Uso de Drogas e Investigación del VIH en el National Development and Research Institutes, Nueva York, EE.UU, y autor de más de 300 publicaciones relacionadas con VIH y uso de drogas. La entrevista fue realizada en el marco de su participación en el Foro Social Mundial en Porto Alegre (Brasil) en enero del 2003. En *Intercambios*, N° 1 Bs.As..

venciones” en el ámbito de las adicciones y a repensar cambios en las estrategias de acercamiento a los usuarios de sustancias tóxicas en un contexto socio-sanitario, con un enfoque más amplio como, por ejemplo, las “instituciones de bajo umbral”⁹. Se interpelan estudios epidemiológicos que marcan estereotipos, cuando señalan que una persona que ha iniciado su consumo de sustancias tóxicas recién tendrá un primer contacto con alguna institución de salud o social luego de que transcurran aproximadamente seis años, como aquellos que hablan de la “carrera” en el consumo de sustancias de “blandas” a “duras”.

Especialmente en países anglosajones, se buscó integrar estrategias destinadas a la prevención de trastornos o enfermedades asociadas al consumo de drogas con diseños y metodologías propias del ámbito de la Salud Pública. Profesionales del campo de las toxicomanías de aquellos países –conscientes de las serias limitaciones de los modelos de abstinencia con los que se trabajaba hegemonícamente– plantean la necesidad de dar respuestas más amplias y adaptadas a las realidades de los consumidores. Desde disciplinas relacionadas –como las ciencias sociales– y algunas organizaciones de voluntariado y/o afectados, también se reclamaban otras formas de intervenir y de convivir con las drogas. Acompañados de un mayor conocimiento aportado por las investigaciones básicas y aplicadas que se venían desarrollando en el ámbito de la “dependencia”, intentaron adaptar los tratamientos de trastornos a los conocimientos científicos provenientes de los nuevos paradigmas.

Todo ello ha contribuido a una visión más globalizadora de las toxicomanías y las problemáticas de salud relacionadas, y a intervenciones que buscan la complementariedad desde la diversidad de objetivos y estrategias, contando para ello con la participación interdisciplinar y comunitaria.

Estos replanteos han repercutido especialmente en los distintos enfoques de políticas preventivas, estrategias de ahora en adelante indisolublemente ligadas a la atención. Así, los paradigmas discurren

9 Ver compilación de Andrés, M. de y Hernández, T. *Estrategias de acercamiento a usuarios de drogas* en “Trabajo Social y Salud”, Fundación CREFAT, España 1998.

entre la “represión global” –como geopolítica de las drogas– y “la reducción de daños” –centrada principalmente en los daños potenciales que acarrea el consumo de sustancias–, abandonando el concepto de la abstinencia como única meta. Esta última estrategia, comprendida como una política social, puede abarcar distintos programas que buscan un mejoramiento de las condiciones de vida de los usuarios de drogas: la defensa de sus derechos civiles, mayor accesibilidad a los servicios de salud, cambios de conducta a través de la información y promoción de la salud, etc. Esta prevención específica tiende a dirigirse especialmente hacia las personas que ejercen un uso regular, abusivo o problemático, y se articula con las corrientes despenalizadoras respecto al uso de sustancias “ilícitas”, aunque no impliquen necesariamente lo mismo.

En nuestro país, la crisis social y económica, profundizada en el 2001, momento en que se realizaba el trabajo de campo, colaboró con rasgos propios en la representación de la drogadependencia, desde un escenario de profundización de la dinámica excluyente. La pobreza y el desempleo, como síntomas más evidentes, han afectado la situación económica de la población en general; millones de personas quedaron sin acceso a la salud, aún pese a una multiplicación de esfuerzos del sector público también diezmado. Los profesionales de la salud, incluidos en esta realidad, con sus bajos salarios, precarización en los contratos laborales y falta de capacitación en “problemáticas emergentes”, son consecuencia de la fragmentación de los sistemas de salud, de la escasez de recursos humanos en los servicios, y de dificultades en la capacitación en nuevos conocimientos. En la población se redujo la accesibilidad y las posibilidades de ingreso a la atención de padecimientos tan complejos como las adicciones.

En consecuencia, el aumento de la vulnerabilidad, la exclusión y la precarización laboral se generaliza, se resignifican espacios de construcción de identidad y crece la fragilidad de los soportes relacionales. La ruptura de los lazos sociales y la crisis de legitimidad de las instituciones hacen que la ciencia, el saber académico y, con él, la práctica profesional, se encuentren frecuentemente sin respuestas frente a situaciones que no incumben exactamente ni al sistema sanitario, ni a la

policía, ni a la justicia, y que, sin embargo, plantean, simultánea o sucesivamente, problemas de salud, de asistencia y de seguridad.

R. Castel¹⁰ se pregunta cuál es la solución a este tipo de problemas. Si la respuesta es la formulación de “sistemas de categorización” cada vez más precisos, haciéndoles corresponder formas de asistencia específica, es una propuesta que sólo ha hecho que estas mismas categorizaciones clásicas tengan efectos aún más perversos que su ubicación paradigmática. Este autor analiza la reglamentación del fenómeno de “la vagancia”, y cómo esta *regulación* condujo a su criminalización. Por otra parte, también el enfermo mental pagó el reconocimiento de su especificidad con un estatus de excepción que era también de exclusión. Entonces ¿cuáles son las consecuencias para la identidad de “ser adicto” en las sociedades contemporáneas? ¿Cuáles son los discursos que hegemonizan su representación?

En el inicio de la experiencia de investigación, funcionarios del Estado como Camilo Verruno, director de Asistencia de la SEDRONAR, planteaban ciertos reparos a la modificación de esta Ley: “¿Por qué en un momento en que hay cosas tan importantes, estamos tratando una modificación de la ley 23.737? Es un tema muy importante y trascendente, por lo cual debiera convocarse a una comisión de expertos, encabezada por médicos, integrada por juristas, sociólogos, antropólogos y con participación de la SEDRONAR para examinarlo. Y hay que establecer cantidades; hay que determinar un gramaje preciso, más allá del cual la tenencia pasaría a ser para comercialización y como tal sería punible”¹¹.

Durante el año 2003 el diputado E. García, del Partido Socialista, propuso la despenalización del uso de drogas para consumo personal y declara, como intención, terminar con la estigmatización habitual

10 Castel R.: “La dinámica de los procesos de marginalización: de la vulnerabilidad a la exclusión”, *Espacio institucional*, Lugar Bs. As 1991, pp. 37-53.

11 Entrevista en diario *Página 12* del 20/11/2003. Para un análisis más detallado del panorama legislativo en materia de tenencia de drogas, Cf. Vázquez Acuña, M. E., “Coerción: un factor importante que restringe el acceso de usuarios de drogas y trabajadoras sexuales al sistema de salud”, en *Drogas y drogadependencias*, Rosario, CEADS-UNR, 1997.

desde la sanción de la Ley 23.737 donde al usuario se lo considera un delincuente y no un enfermo¹².

En el Capítulo 4 se plantean las “Notas Metodológicas” para dar cuenta de la construcción del objeto-problema, con un diseño de “investigación participante”, herramienta de interrogación de los saberes y prácticas de los profesionales de los servicios de Salud en el ámbito municipal. Se centra la mirada en los discursos en colisión que giran en torno a las “adicciones”, en las vicisitudes de construcción de un “Programa de Atención y Prevención de las Adicciones”, a partir de la “regulación” de una Ordenanza del Consejo Deliberante del año 1998 (recurso desde la acción política hacia el modelo médico-psicológico como sustituto o complemento del modelo penal derivado de la vigencia de la Ley Nacional Nº 23.737 de 1987, que criminaliza la tenencia y consumo o quien ayudare al mismo, así como las actividades ligadas al narcotráfico).

Con el propósito de dar cuenta de este trabajo, al capítulo 5 se lo subdividió en subcapítulos, con un criterio ordenatorio de ejes de interpretación, despejados desde la gestión central a los saberes profesionales en particular. La unidad de análisis estuvo constituida por los profesionales de los servicios de salud municipal (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, estadísticos, enfermeros), a través del seguimiento de la organización del trabajo y dispositivos de APS, Epidemiología, prácticas hospitalarias y Centros de Salud, y un Centro de Prevención.

A partir de considerar que nuestro país no tiene una política clara sobre drogas, donde legisladores, funcionarios, profesionales y técnicos eluden el debate y confrontación de lógicas de los modelos de atención, se inicia el análisis a partir de la distancia entre “regulación normativa” (ordenanza municipal) y la efectiva implementación de una política en la jurisdicción de la Ciudad de Rosario. A nivel local, la Ordenanza 6536 del año 1998, votada por el Honorable Concejo Deliberante, plantea un “Programa de Prevención y Asistencia a las Adicciones”. Entendemos a esta Ordenanza como una “regulación”

12 Participante de la “Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas” realizado en la Honorable Cámara de Diputados de la Nación, organizado por la Asoc. “Intercambios” que dirige la Dra. G. Touzé; Bs. As. Septiembre/2003.

que inscribe a la drogadependencia como un problema de la Salud Pública. Así, en nuestro análisis, se describirá esta normativa y específicamente sus posibilidades de articulación e implementación práctica en la gestión de salud.

La Declaración de Alma-Ata (1978) impulsó propuestas político-técnicas que se agregaron a las discusiones que se venían desarrollando respecto a las posibilidades de tratamiento de las adicciones, a partir de las décadas de los sesenta y los setenta. Junto a la OPS, los estados americanos reconocieron la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) como abordaje central. Durante los años ochenta fue convalidada en el ámbito regional e internacional a través de la Declaración de Riga (1988), que ratificó la vigencia de los objetivos de Alma-Ata, pero además se incluyó específicamente al alcoholismo como uno de los problemas centrales de salud pública. La complejidad y contradicciones generadas en las “decisiones” de APS y la “fractura” en la atención de las adicciones, la invisibilidad de la problemática en el abordaje cuantitativo epidemiológico desde el sector salud, que excluye la “carrera del paciente”, y la colisión de la conceptualización y dispositivos desde un modelo médico-psicológico, producen vacíos institucionales en las respuestas a las demandas. Se generan así estereotipos y estigmas que divorcian el discurso profesional y el saber de los usuarios y familiares, que deshecha a la comunidad como un actor más en el objeto-problema.

Una interrogación que direccionó este trabajo se refería a los “malentendidos en la atención”¹³ de las adicciones en la salud pública municipal, por lo cual se cristalizó un “escenario” de investigación complejo donde estallan factores morales, religiosos y económicos propios de la construcción social del tema “drogas.

L. Niño dice que “... no han perdido actualidad las campañas de los ‘empresarios de la moral’ —ciertos políticos y ciertos operadores periodísticos— habitualmente apoyados y financiados por grupos de intereses de diversa ralea, y han delegado en juristas y psiquiatras —con sus propias perspectivas e intereses— la tarea de precipitar

13 Margulies, S.: Conferencia del 8vo. Congreso de Salud Municipal, Rosario, 1999.

en reglas de conducta ciertos valores éticos tomados por válidos por aquellos sin admitir prueba en contrario. Los resultados de este dislate están a la vista: una legión de usuarios y meros tenedores puebla excluyentemente las estadísticas de la Justicia Federal, abogados y médicos cultores de la creciente industria de la rehabilitación de adictos, de parabienes, y los narcotraficantes, agradecidos a sus víctimas por cargar el peso inerte de la pretendida función simbólica del Derecho Penal”¹⁴.

14 Niño, L. “Crusaders versus outsiders”, en Boletín *Intercambios*, Bs. As., 2003.

- CAPÍTULO 1 -

“ANTROPOLOGÍA Y SALUD”:

UNA EPISTEMOLOGÍA DE LOS PADECIMIENTOS

“Cuando desde una perspectiva antropológica hablamos de **modelos de atención**, nos referimos no sólo a las actividades de tipo biomédico, sino a todas aquellas que tienen que ver con los padecimientos en términos intencionales, es decir que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento desafortunado, lo cual implica asumir una serie de puntos de partida que contextualizan nuestro análisis de los modelos de atención (...). Las diversas **formas de atención** que actualmente operan en una sociedad determinada tienen que ver con las condiciones religiosas, étnicas, económicas, políticas, técnicas y científicas que habrían dado lugar al desarrollo de formas antagónicas o por lo menos fuertemente diferenciadas especialmente entre la biomedicina y la mayoría de las otras formas de atención”¹⁵.

Nuestra aproximación antropológica a los saberes y prácticas de los agentes de salud pública respecto a la drogadependencia buscó describir y analizar la construcción social sobre la problemática, imbricada en las perspectivas teóricas y estrategias que despliegan los profesionales en su trabajo cotidiano, junto a las vicisitudes de implementación de un Programa de “Prevención y Epidemiología de las adicciones”, con atravesamientos en el Departamento de Salud Mental y Atención Primaria de la Salud, en salud pública de la ciudad de Rosario.

15 E. Menéndez, en *Salud Colectiva*, (Comp.: H. Spinelli), Lugar Editorial, Argentina, 2004.

Privilegiando un enfoque relacional, atendiendo a la indexicalidad y reflexividad en las narrativas de los trabajadores de la salud, nuestra aproximación conceptual se focalizó en la acción de los equipos de salud, no sólo en sus funciones preventivas y/curativas, sino en las prácticas e ideologías asistenciales que se relacionan con la percepción del “problema de la droga”. En las funciones de normalización, legitimación y control se buscó comprender la racionalidad que aplicaban los profesionales de la salud en los dispositivos asistenciales,; éstos como expresión de expectativas políticas, sociales o económicas, con significados imbricados, que se proyectan a la sociedad. Las respuestas desde el sector salud, la oferta desde los “curadores” o desde las instituciones formales de salud, sus connotaciones simbólicas, fueron construidas e interpretadas desde un contexto de condiciones objetivas que operan sobre el consumo de sustancias legales y/o ilegales. Esto implica la oferta y demanda del mercado de las drogas, patrones culturales del consumo, las políticas y legislación vigente respecto al uso drogas, como la relevancia epidemiológica, la dinámica de la estructura y trayectorias de la institución de salud; articulando los procesos de reproducción económico-ocupacional en la industria de la salud, entre otros condicionantes.

Los campos profesionales y científicos según P. Bourdieu (el de la salud, pero también el religioso, cultural, artístico o profesional) son espacios estructurados, de carácter heterogéneo; pueden ser pensados como un sistema de producción, reproducción y circulación de bienes simbólicos caracterizados por la función que cumplen en la división del trabajo en el espacio social. La estructura del campo disciplinar (atravesado por intereses, disputas de posiciones, prácticas de prestigio y poder) se caracteriza por un estado de relaciones de fuerzas entre instituciones profesionales y los sujetos comprometidos, en una lucha que “presupone un acuerdo sobre lo que vale la pena luchar”¹⁶. Este autor pone el acento en una perspectiva posicional, en un espacio so-

16 Bourdieu, P. y Wacquant, L. *Respuestas por una Antropología Reflexiva*, México, Grijalbo, 1995. Dos propiedades se destacan: un estado de relación de fuerzas en la estructura del campo (con consecuencias también en las prácticas específicas entre las instituciones profesionales o los sujetos comprometidos en la disputa y en la distribución del capital específico); y a los que, comprometidos con este campo profesional, tienen en común un cierto tipo de intereses ligados a la existencia misma del campo.

cial determinado, con disposiciones durables y transferibles o *habitus* como principios generadores y organizadores de la práctica y elecciones de los agentes.

E. Menéndez, con aportes de una tradición gramsciana respecto al papel de los factores políticos, económicos y culturales, considera al campo en una relación de hegemonía/subalternidad, desde las conexiones estructurales que se establecen entre los agentes sociales. Acuña el concepto de transacciones en los servicios de salud para señalar la implicancia de procesos de relación dinámica entre práctica médica/conjuntos sociales; destaca las dimensiones teóricas/técnicas de la primera, que se sociologizan e ideologizan inevitablemente como efecto de dichos procesos transaccionales, de procesos de apropiación que pueden tener distintas orientaciones, pero que deben ser analizados en cada situación históricamente determinada. Así, las relaciones son atravesadas por movimientos transaccionales determinados por mecanismos de coerción y hegemonía, dando cuenta de un entramado de reapropiación y articulación, conflicto, presión y negociación, demandas y una red de fuerzas producidas por los conjuntos sociales.

Sin pretensión de genealogía, haremos referencia a continuación a determinados autores y corrientes que según los referentes teóricos de la investigación realizada, aportan y legitiman este campo de “Antropología y Salud” dentro de la disciplina Antropología Sociocultural (dado que la Antropología Física siempre fue considerada una de las ciencias básicas de la Medicina).

Muchos historiadores consideran a E. Ackerknecht¹⁷, médico, historiador y, más tarde, antropólogo, como el que otorgó a la Antropología Médica la configuración inicial para ser considerada una “subdisciplina” dentro de la Antropología. Desde la década de los ochenta una suma de referentes plantean que la medicina occidental, también llamada biomedicina, medicina “científica”, cosmopolita o alopática, no puede ser un “patrón” para la llamada “Antropología de la Salud” según la denominación que se da en España¹⁸. La construcción de esta área fue facilitada por la deconstrucción que el psicoanálisis

17 Ackerknecht, E. *Primitive Medicine social function*, N.Y. Academy of Sciences, 1958; *Medicina y Antropología social*, Akal editorial, España, 1971.

18 A. Martínez, en *Ensayos de Antropología Cultural*. Ariel Editora, España, 1996.

ya había efectuado de las fronteras entre lo “normal” y lo “patológico” (Devereaux, 1937), los usos culturales del alcohol (Bunzel, 1940) o la relación entre chamanismo y psicoterapia (Leighton y Leighton, 1941); a más de los aportes de trabajos sociológicos como los E. Goffman, N. Elías, C. Herzlich, y de la sociopolítica a partir de la obra de Gramsci, y/o de la antropología italiana con De Martino. A. Martínez sostiene que con J. Comelles y O. Romaní se institucionaliza el campo de la Antropología de la Salud en España, tomando distancia con los presupuestos del culturalismo, y profundizando el análisis del papel de las instituciones, el Estado y los procesos históricos en la configuración de los problemas de salud y de atención sanitaria.

El campo de “Antropología y Salud” –llamada “Antropología Médica” en Norteamérica y Europa– tiene como antecedentes en Argentina los primeros trabajos de E. Hermitte y de E. Menéndez realizados en la década del '70. Los mismos indican una preocupación por el papel de los factores sociales y culturales en los procesos de salud/enfermedad/atención, los sistemas médicos, los estudios de programas de salud pública (a partir de la década del cuarenta principalmente), los discursos sobre la multi-dimensionalidad de la enfermedad (en sus dos términos aparentemente sinónimos pero con distintos efectos prácticos: *disease* como patología, e *illness* como padecimiento), la aflicción como anclaje de la cultura a partir de la cual los sujetos confieren sentido a su entorno y aporta a la configuración de la sintomatología.

M. Singer¹⁹ señala que la enfermedad y el diagnóstico, como todo comportamiento y experiencia humana, son en algún nivel “significativos”, pero acuerda con R. Keesing respecto a que las culturas: “... no constituyen simplemente redes de significación, sistemas de significados que orientan a los hombres entre sí y hacia su mundo... constituyen ideologías, que enmascaran realidades humanas, políticas y económicas... Las culturas son tanto redes de mitificación como de significados. Es preciso preguntarse quién crea y define los significados culturales y con qué fines... La cultura, por lo tanto, debe ser situada, emplazada en un contexto histórico, económico y político....”

19 Singer, M.: “Reinventando la Antropología Médica: hacia un realineamiento crítico”, en *Social Sciences y Medicine*, vol. 30, nº 2, Pergamon Press.

Por su parte, S. Wallace²⁰ enumera tres “constataciones empíricas” que dan continuidad a las investigaciones en Antropología Médica. La primera, que en todas las sociedades humanas, en todo tiempo y lugar, las enfermedades han generado algún tipo de respuestas dentro de un “universal cultural”; orientadas a prevenir, interpretar, controlar o reparar el daño, el dolor, la lesión, la enfermedad, el sufrimiento o muerte. La segunda, que todos los grupos humanos conocidos desarrollaron métodos y distribuyeron roles, conforme a sus recursos y estructuras culturales, para enfrentar la enfermedad. La tercera, que las distintas sociedades han desarrollado creencias, experiencias, percepciones y saberes específicos, para conocer las distintas enfermedades; con fuerza y debilidad esta “subdisciplina” fue adquiriendo cierta autonomía dentro de la Antropología.

Como campo disciplinar ha tenido constante crecimiento, sobre todo en EE.UU. con la controversia entre la llamada “Antropología aplicada a la clínica” y los seguidores de la denominada “Antropología Médica Crítica (AMC)”, con inspiraciones teóricas europeas, desde Foucault y su énfasis en el cuerpo, que asume un rol central dentro de la cultura capitalista, controlado por la medicina dentro de una estrategia de biopolítica; hasta autores como Gramsci, Canguilhem y Schütz. Con distintos enfoques y contribuciones teóricas, ya sea desde el marxismo, el constructivismo cultural, los enfoques etnomédicos y el postmodernismo, encontramos las siguientes corrientes hoy²¹:

- a.] el paradigma de la Ecología Médica, con nacimiento en el década del 60 (A. Mac Elroy y P. Townsend), donde la salud tiene una dimensión de adaptación, abarcando los cambios biológicos o de comportamiento de los individuos y grupos para sobrevivir en un medioambiente determinado. Así, el nivel de salud de un grupo refleja la naturaleza y calidad de las interrelaciones dentro del grupo, con sus vecinos, plantas y animales, hasta los seres no vivos del hábitat. El análisis cultural demostraría la eficacia adaptativa, y la enfermedad es tomada como

20 Wallace S. “Antropología médica”, en *Revista de la Escuela de Antropología*, n° 4, de la FHyA., UNR, 1998.

21 Utilizamos el esquema de V. Fajreldin Chuaqui en “Antropología médica. Elementos para una interdisciplina” (mimeo) Univ. De Chile, 2004.

un objeto natural, con una realidad material externa, mientras que los sistemas médicos son respuestas sociales utilitarias a condiciones naturales invasivas;

- b.] el paradigma Interpretativo Cultural, surgido como reacción al paradigma anterior, con los médicos A. Kleinman y B. Good, en la década del 80. Esta línea teórica parte de entender la enfermedad no sólo como un fenómeno físico, una entidad, sino como un “fenómeno explicativo” perteneciente a la cultura médica. La enfermedad es conocible desde el discurso de los enfermos y de los sanadores, interpretando un “*set*” de actividades, en interacción con la biología, prácticas sociales y marcos culturalmente constituidos para formar y producir una “realidad clínica”;
- c.] a partir de la década del 70 se presentan una serie de aportes que constituirán la llamada Antropología Médica Crítica (AMC), con H. Baer y M. Singer, que en 1982 proponen esta denominación y se interesan por los procesos en las sociedades de pueblos originarios y en sociedades capitalistas. Entienden la salud dentro del contexto de las fuerzas políticas y económicas que las circundan, incluyendo las de escala institucional, nacional y global; las cuales estructuran las relaciones humanas, permean comportamientos, condicionan experiencias colectivas, reordenan las ecologías locales y sitúan los significados culturales. Así, los seguidores de la AMC ponen la mirada en las relaciones sociales que subyacen y explican las construcciones culturales particulares. M. Singer parte de considerar el emplazamiento histórico de la disciplina madre (la Antropología) en la empresa colonial y el plan de trabajo de la subdisciplina como un eje de análisis del sector de servicios para la biomedicina. Analiza los temas de la salud a la luz de las fuerzas políticas y económicas que configuran las relaciones interpersonales y las conductas sociales, generando significados sociales y condicionando la experiencia colectiva. Coincide con N. Scheper Hugues en depurar como identidad de la Antropología Médica la inacabable “búsqueda de características médicas y psiquiátricas exóticas en los estudios de casos etnomédicos de comunidades conven-

cionales”; o como concentración de elementos simbólicos y rituales —o valores y creencias— tratados independientemente de la sociedad que constituyen y su contexto político-económico. Llama “socioculturalismo” a esta empobrecida rama de la Antropología, que ignora un examen serio de los contextos políticos-económicos nacionales y del sistema mundial de atención de la salud. La Antropología Médica convencional, según Singer, sufre de varias limitaciones: la conceptualización restringida de las relaciones sociales y de poder; la falta de atención a la estructuración política de los significados en la escena clínica; la cultura como ideología que puede enmascarar realidades humanas, políticas y económicas; y, finalmente, una aproximación des-socializada de la relación humano/ambiental, con una medicalización de la propia Antropología. Sólo desde una perspectiva crítica se priorizará tanto la penetración de los procesos y estructuras internacionales y nacionales, como una comprensión pormenorizada de cualquier problema particular que demanda una exploración completa de actividades en el campo de lo microsocioal. Consideramos que este enfoque trata de evitar lo que A. Giddens²² llama “la guerra falsa” entre macro y micro niveles, en donde ninguno debe ser considerado como un nivel esencial de la realidad social; no hay una separación empírica entre macro y micronivel, se trata sólo de una división heurística para facilitar el examen de configuraciones únicas y procesos generales.

Desde su contribución especial, la Antropología, como disciplina destinada a conjugar las formas de vida, los sistemas de significados, las motivaciones para la acción y las experiencias cotidianas de poblaciones locales en el marco holístico de un enfoque político-económico, trata una orientación que aborda la vida social como “una totalidad de procesos interconectados”, con resguardo de las “investigaciones que desarman esa totalidad en fragmentos y luego fracasan en rearmarlos falseando la realidad”. Singer analiza dos categorías propias de este campo, que constituyen un aporte al desarrollo del campo

22 Giddens, A.: “Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea”, Barcelona, Península, 1995.

“Antropología y Salud”, y llama la atención sobre la relación social crítica para la salud, la enfermedad y el tratamiento: la “enfermedad como producto social” y la “experiencia del paciente”. Siguiendo a R. Frankenberg²³, propone desarrollar una micro-economía política, considerándola como un conjunto de conceptos con capacidad para el análisis crítico en relación a la naturaleza, funcionamiento e impacto de la medicina capitalista en los estilos de vida de individuos y grupos. Este conjunto de conceptos estaría conformado por:

- *reificación*: aceptación de la construcción clínica como un hecho físico;
- *privatización*: la transformación clínica del conflicto social en patología individual;
- *individualización*: asignación de la responsabilidad por la salud y la enfermedad al individuo;
- *desplazamiento de la etiología social*: el desconocimiento clínico de las relaciones sociales como fuentes de patología;
- *hegemonía médica*: construcción médica de conocimientos sociales y socio científicos;
- *medicalización*: la absorción de espacios y conductas sociales dentro de la esfera de la medicina;
- *control social médico*: rol de la medicina en el mantenimiento de la adhesión a las normas de conducta oficiales;
- *micropolítica de la medicina*: la reproducción y el refuerzo de las relaciones políticas de macronivel en las relaciones médico-pacientes del micronivel;
- *estructura de clase de la medicina*: la replicación dentro de la organización de la medicina de las relaciones sociales generales de clase, sexuales y raciales;
- *somatización*: este concepto en relación con el comportamiento del paciente, como expresión de manifestaciones corporales de la alineación, el stress ocupacional, la pobreza, la discrimina-

23 Frankenberg, R.: “Gramsci, Culture, and Medical Anthropology: Kundry and Parsifal?”, *Medical Anthropology Quarterly*, USA, 1988.

ción, la fragmentación social y experiencias similares afectadas por la denominación de enfermedad;

- *lucha social en la salud y la medicina*: la vida social dentro y fuera de la clínica involucra la pugna entre individuos y grupos con intereses sociales conflictivos y con capacidad desigual para movilizar poder.

N. Scheper-Hugues²⁴ propone desde EE. UU. las bases de una “Antropología de la Aflicción”, intentando trascender una mera Antropología de la Medicina como disciplina y como terreno de lucha; aunque la tarea debe ubicarse en “los márgenes”, cuestionando las premisas y sometiendo a crítica a las epistemologías que representan a poderosos intereses políticos. Plantea una noción de praxis, indispensable para dar voz a las “subculturas del enfermo”, sumergidas, fragmentadas y rigurosamente encerradas razón por la cual la vieja cuestión acerca del papel del intelectual en la sociedad como cientista y como práctica se encuentra en el centro de su indagación. Este enfoque implica un distanciamiento con la Antropología Médica Clínica (y sus variantes), y con el rol del antropólogo como mero “intermediario cultural” (como transacción entre el saber antropológico y las necesidades de los servicios de salud). La disconformidad de la autora con la Antropología Médica –tradicionalmente aplicada a la clínica– se relaciona con el fracaso e incongruencia para abordar el paradigma etnomédico interpretativo y el paradigma científico biomédico positivista, reduciéndose la complejidad y riqueza del saber antropológico a unos pocos conceptos cosificados y “prácticos” (tales como modelos explicativos legos, la dicotomía dolencia/enfermedad, la somatización) o difundiendo modelos culturales exóticos a estudiantes de medicina. Esta orientación crítica considera expulsar el “exotismo” que se le asigna tradicionalmente a la Antropología en los equipos interdisciplinarios por su entrenamiento en la “sensibilidad cultural”, así como considerar “hostiles” los trabajos de E. Goffman, M. Foucault, J. Henry y T.Scheff²⁵. En esta perspectiva se encuentran

24 Scheper Hugues, N.: “Tres propuestas para una Antropología Médica Crítica”, Mimeo, Departamento de Antropología Universidad de California, USA, 1990.

25 Autores que han vinculado el rol de los médicos como “carceleros” en determinados contextos históricos y sociales.

las prácticas de Fannon, Memmi y Basaglia, que consideran al hospital como un locus de fermento social.

Por lo tanto, una “Antropología Médica” alternativa y crítica necesita desligarse, des-identificarse de los intereses de la biomedicina convencional, de la medicalización de toda queja o trastorno, donde la medicina toda puede tratar y apropiar, con ayuda de nuevas y perfeccionadas terapias. Por ello propone tres proyectos para una Antropología Médica Crítica (hasta ahora desestimados por la corriente principal de la Antropología Médica Clínica). Estas propuestas deben orientar, encuadrar, las cuestiones de investigación, el análisis y la interpretación de datos; siempre reclamando una “distancia” que implique soltar amarrias de las premisas biomédicas convencionales a riesgo de sufrir la marginalidad académica y financiera:

- a.] reducir los parámetros de la eficacia médica, dejando a los enfermos sociales y a la cura social en manos de los activistas políticos, y a los enfermos espirituales y psicológicos –y otras formas del malestar existencial– junto a curadores espirituales y etnomédicos;
- b.] desarrollar un discurso antropológico sobre las formas de curación problemáticas y no biológicas en términos de su propio marco de referencia (emic), centrado en el significado y en las alternativas posibles (en la literatura médica: terapias heterodoxas);
- c.] radicalizar el saber y la práctica de médicos, tomando (y usando) el hospital y la clínica –en el sentido amplio que Foucault le da al término– como locus de la revolución social (aunque contraste esta propuesta con el proyecto de desmedicalización).

M. Grimberg²⁶ reflexiona acerca de las orientaciones teóricas que, como el interaccionismo simbólico, la escuela crítica de la desviación, las perspectivas neo-marxistas de construcción social, han generado aportes críticos importantes; pero que el modelo dominante continuó siendo el funcionalismo culturalista, localizado en la integración cultural, al que el cognitivismo de los años setenta, centrado en la

26 M. Grimberg, directora del Programa “Antropología Salud”, UBA, en *Gaceta Antropológicas*, Bs. As., 1999..

descripción de representaciones y prácticas, ligó el análisis de las funciones de integración y cohesión social de los sistemas médicos.

Respecto a nuestro país señala dicha autora: “... en esos años “entusiastas” con que comenzó el gobierno de Alfonsín, confluyó un inicial interés en el sector salud por incluir una visión “cualitativa” y por “recuperar saberes” de conjuntos sociales específicos, con propuestas de “participación social” en salud pública, medicina social o salud de los trabajadores. Hoy, nuestra experiencia nos sugiere que la Antropología está en condiciones de efectuar aportes específicos en la investigación, en la planificación y ejecución de programas de prevención, en el mejoramiento de procesos de atención, en el fortalecimiento de procesos de cuidado y autocuidado en conjuntos sociales, en las articulaciones entre instituciones de salud, organizaciones no gubernamentales y conjuntos sociales, entre otros”.

Así, la Antropología Médica –si bien con funciones adaptativas al discurso biomédico– ha sido una de las ramas más dinámicas de la Antropología y surgió en Latinoamérica a partir de los trabajos de los antropólogos Redfield y Benedict realizados en Yucatán en la década del 20. Sin embargo; E. Menéndez reconoce en G. Foster a uno de los padres fundadores de la Antropología Médica para América Latina, ya que fue quien en el año 1978 analizó críticamente los aportes de la producción antropológica, enumerando una serie de estereotipos generados por los antropólogos y popularizados en el personal de salud como reales obstáculos para la aplicación de programas. Específicamente relacionado con nuestro tema de Tesis, recupera las investigaciones sobre alcoholismo que los antropólogos culturales a partir de la década del 50 (Mangin, Madsen, Keauney, Simmos, Heath, entre otros) realizaron en Latinoamérica. Evitando la categoría de estigmatización, estos autores no vinculan el alcoholismo con la enfermedad, sino que enfatizan la función social e ideológica de la ingesta de alcohol que adquiere caracteres positivos en numerosos contextos. Es decir, parte de una concepción antimedicalizadora, tal como sostendrán las corrientes críticas en salud mental a posteriori.

Otro autor que aporta a este campo es J. Comelles²⁷, al analizar las profundas, complejas y antiguas relaciones entre la Medicina y la Antropología, y recordando los orígenes de estas disciplinas durante la Ilustración, el rol de las ciencias naturales y sociales en los cambios relacionados con la preeminencia del capitalismo y la construcción del Estado liberal. A fines del siglo XIX, la Antropología fue una ciencia básica que jugó un importante papel en la consolidación de la teoría médica y de su papel político: “El discurso antropológico sostenido por los médicos hacía referencia a las diferencias biológicas y morales –en el sentido decimonónico del término–; y remitía a la discusión sobre el papel de las variables biológico/ambientales o social/político/culturales en la evolución de la especie humana y en la fotogenia y patoplastia de la enfermedad”. Así, incluyendo los análisis de Rosen de 1974, y de Menéndez de 1978, indica que el modelo médico es el fruto de un proceso coyuntural por el cual la medicina técnica hipocrático-galénica –de carácter empírico-naturalista– incorporó los paradigmas biológicos de la ciencia experimental y a fines del siglo XIX abandonó el discurso político-social sobre la salud y la enfermedad.

A continuación, resumimos los aportes de D. Le Breton²⁸ –sociólogo y antropólogo francés– que rescata la perspectiva antropológica, y toma al cuerpo como un hilo conductor para desarrollar una mirada sobre “la modernidad” y las representaciones sociales asignándole una posición determinada en el seno del simbolismo general de una sociedad. Apoyándose en la etnología y en la historia, analiza la lógica social y cultural que se encuentra en el corazón de la medicina moderna y en los ritos sociales, así como en la preocupación actual por la salud, la apariencia y el bienestar corporal. Este autor encuentra un desfase mayor entre las demandas sociales en materia de salud y las respuestas de las instituciones médicas, por lo que el fracaso de un tratamiento médico lleva a los “clientes” a volcarse hacia prácticas de otro orden, entre ellas las llamadas medicinas “paralelas” (o diferentes, al-

27 Comelles, J.: Capítulo 1: “Enfermedad, cultura y sociedad”, *La configuración del modelo médico y del modelo antropológico*, Madrid, Eudeba, 1993.

28 Le Breton, D. *Antropología del cuerpo y modernidad*, Bs. As., Nueva Visión, 1995.

ternativas, naturales, empíricas, etc). Las lógicas sociales y culturales llevan a los usuarios a recurrir a dichas “medicinas paralelas”, formulándose preguntas acerca de la crisis del Modelo Hegemónico: el de la institución médica, que en la actualidad deja de tener el consenso social que, en apariencia, ha tenido desde comienzos de siglo; movimiento, por otra parte, que comenzó hace unos 10 años (la primera edición del autor es en Francia, 1990).

Recuerda Le Breton que la medicina se impuso con oposiciones —especialmente en los sectores populares en donde combatía con las tradiciones medicinales y con los curanderos—, luchando tanto en el terreno de la enfermedad, como en el de los tribunales (por ejemplo, en 1892 en Francia se sancionó una ley que organizó la profesión y monopolizó el derecho de curar). Si bien con total legitimidad, la medicina tuvo que combatir a muchos “charlatanes” que —durante el siglo XIX— intentaban asentar su autoridad en las poblaciones; otras veces extendía sus acusaciones a todos los curanderos tradicionales que no pertenecían, por formación y legitimidad, al sistema de referencias de la medicina. Y señala el autor que el problema se torna más complejo aún que el que presenta en el texto, dado que el charlatán “no cura, da ilusiones; pero el médico está expuesto en algunas oportunidades al mismo riesgo que el curandero”. Así, la relación terapéutica se construye, no está dada; cuidar y curar no necesitan sólo de un saber, sino también (y especialmente) de un saber-hacer y de un saber-ser. Es decir, de la eficacia de los métodos que se usan y también de las cualidades humanas, la intuición y la contención; a través de publicaciones, obras de divulgación, creación de asociaciones, guías y hasta en avisos clasificados en los diarios, el usuario del sistema de salud hoy tiene la posibilidad de una elección a partir de la información que él mismo se puede procurar; por lo que: “...es posible ver en esto una especie de revancha tardía de los sujetos en contra de la reivindicación monopólica de la medicina y al mismo tiempo, la victoria de la ideología médica que ve en todo hombre un enfermo al que hay que prevenir o curar: ‘Un hombre sano es un enfermo que se ignora’ decía el Dr. Knock. La preocupación por la salud y por la forma son las claves de los valores de la modernidad.”²⁹

29 Le Breton, *Op. Cit.*

Refiriéndose a la crisis de la institución médica, sostiene que la medicina quiere situarse fuera del marco social y cultural al detentar la palabra verdadera, la única “científica” y por lo tanto intocable, sin consideración de otras medicinas no occidentales, que también pueden tener “la vara” de otras posibilidades de acercamiento a la enfermedad. El autor propone que para medir la antedicha crisis de la institución médica y entender la eclosión de las medicinas “paralelas”, hay que estimular la reflexión e interrogar a la medicina como institución social, especialmente a través de la visión del hombre que defiende y de la representación del cuerpo en que se basa; se trata de reconocer las dificultades del marco clásico de la medicina. Optar por las “nuevas” medicinas es tomar más en cuenta la personalidad del enfermo en el contexto familiar, y entonces el médico será —como clínico o como especialista— lo que antes era el “médico de familia”, tradición que se ha perdido. El resurgimiento de las medicinas populares (hipnotismo, videntes, radiestesia, etc.) llevó a que sus procedimientos —especialmente las técnicas corporales— sean utilizados fuera del contexto rural y tradicional por sujetos de clase media y urbanizados. Pero, como es sabido, en general los usuarios van, simultáneamente, al médico y al curandero, recurren a la medicación homeopática y a la medicación alopática. Históricamente, a partir de la “Fábrica” de Vesalio, la invención del cuerpo en el pensamiento occidental responde a una triple sustracción: el hombre separado de él mismo (distinción entre el hombre y cuerpo, alma y cuerpo, espíritu y cuerpo, etc.); separado de los otros (paso de una estructura social de tipo comunitario a una estructura de tipo individualista); y separado del universo (los saberes de la carne no provienen de una homología entre el hombre y el cosmos, sino que son singulares, le pertenecen sólo a la definición intrínseca del cuerpo). Reelabora el concepto de Durkheim al expresar que el cuerpo funciona como un “principio de individualización”, especie de mojón fronterizo que encierra la realidad del sujeto y lo diferencia de los demás.

Así, el punto de partida epistemológico de la medicina está basado en el estudio riguroso del cuerpo, pero de un cuerpo separado del hombre, valorizado, percibido como el receptáculo de la enfermedad. Con Vesalio, se instala un dualismo metodológico que nutre —aún

en nuestros días— las prácticas y las investigaciones de la institución médica. El saber anatómico y fisiológico en que se basa la medicina consagra la autonomía del cuerpo y la indiferencia hacia el sujeto al cual encarna; hace del hombre un propietario más o menos feliz de un cuerpo que sigue designios biológicos propios. Por último, Le Breton sugiere que para delimitar la crisis de la institución médica, es interesante construir una especie de tipo ideal (en el sentido de la sociología comprensiva de Max Weber) de la práctica y de la visión del cuerpo en que se basa, poniendo el acento no en los logros sino en lo que puede aparecer como sus carencias antropológicas, en lo que hoy se le critica, en las fuentes de la fuerza y de la legitimidad frente a los usuarios de las medicinas “paralelas”. Para comprender mejor, el médico despersonaliza la enfermedad; no la ve como la herencia de la aventura individual de un hombre en un espacio y en un tiempo, sino como la falla anónima de una función o de un órgano.

En la elaboración gradual de su saber —de su saber-hacer— la medicina dejó de lado al sujeto y a su historia, a su medio social, a su relación con el deseo, con la angustia y con la muerte, y el sentido de la enfermedad, para considerar solamente al “mecanismo corporal”.

La medicina que apuesta al cuerpo está basada en una antropología residual; no es un saber sobre el hombre, sino un saber anatómico y fisiológico que hoy llega a su grado extremo de refinamiento. La hiper-especialización de la medicina actual en torno a ciertas funciones u órganos, la utilización de nuevas tecnologías de diagnóstico por imágenes, el recurso terapéutico a medios cada vez más dependientes de la técnica, son lógicas médicas, entre otras, que llegan a un desenlace.

El fundamento de la medicina es, esencialmente, una física del hombre que compara los movimientos fisiológicos y su arraigo anatómico y funcional con una máquina sofisticada. En la búsqueda de una eficacia propia, la medicina construyó una representación del cuerpo que coloca al sujeto en una especie de posición dual respecto de sí mismo: el enfermo es sólo el epifenómeno de un acontecimiento fisiológico (la enfermedad) que sucede en el cuerpo y el hombre, con una identidad propia, ocupa un lugar anónimo en este edificio de conocimiento y acción.

La visión de la enfermedad lleva a que el enfermo se abandone, pasivamente, en las manos del médico y espere que el tratamiento haga efecto. El paciente no es llevado a preguntarse sobre el sentido íntimo del mal que lo aqueja, ni a hacerse cargo de él. Lo que se le pide, justamente, es que sea paciente, tome los remedios y espere los efectos. Escollo de una medicina que no es la del sujeto, porque se recurre a un saber sobre el cuerpo que no incluye al hombre. Las razones de su eficacia son las mismas que las de sus errores. La elección de una mirada, de una moral, ilumina ciertos hechos y deja a otros en la sombra.

La medicina considera sus logros superiores a sus errores, dando pie al debate público; si bien con frecuencia cura una enfermedad, no cura a un enfermo, es decir, a un hombre inscripto en una trayectoria social e individual. Los problemas éticos que surgen actualmente por las investigaciones en biotecnología, por la terapéutica encarnizada o la eutanasia, son las muestras más sobresalientes de esta apuesta médica al cuerpo y no al sujeto.

En estas condiciones muchos médicos no consideran esencial la relación que se establece con los pacientes (aun en psiquiatría), la consulta o la visita a la casa del enfermo se reduce sólo a recoger la información necesaria para realizar el diagnóstico. En la medicina hospitalaria, el abordaje de las relaciones se traslada a las enfermeras o las ayudantes, y el médico valora más el aspecto técnico de su intervención profesional.

El malestar actual de la medicina y, más aún, el de la psiquiatría, y el flujo de enfermos derivado hacia los curanderos y los que ejercen las llamadas medicinas paralelas, muestran la “fosa cavada entre el médico y el enfermo”. Dice el autor que la medicina está pagando por su desconocimiento de datos antropológicos elementales: olvida que el hombre es un ser de relaciones y de símbolos y que el enfermo no es sólo un cuerpo al que hay que arreglar.

En esta situación, es esencial la responsabilidad del médico. En algunos hospitales existe un clima de confianza y varía la calidad de la presencia frente a los enfermos de un servicio a otro. Puede haber una preocupación por articular especialidades, o bien funcionan autoritariamente, por su cuenta cada especialidad. Los servicios hospitalarios

están atravesados por las mismas tensiones que todos los grupos y la eficacia terapéutica no puede dejar de verse afectada.

Los trabajos de S. Freud publicados en “Estudios sobre la histeria” (1895) sostienen que la representación del cuerpo de la medicina es impersonal, fuera del tiempo y mecanicista. Recupera el enfoque biográfico, vivo y singular (el cuerpo que el psicoanálisis explora revela una “anatomía fantástica”, invisible a la mirada, que supera a las representaciones médicas y muestra sus lagunas en el plano antropológico). Así, la “brecha abierta en el modelo de la medicina lo constituye la antropología”. Con todo lo que configura sentido, el cuerpo es una ficción muy real que recoge el crédito de una sociedad dada, una representación unánime o diferencialmente compartida, pero cuya extensión más allá del grupo plantea dificultades.

Le Breton plantea que existen definiciones y acciones que obedecen a modelos contradictorios de un área social y cultural, por lo que no puede existir conocimiento radical y definitivo del cuerpo. Y estas representaciones, estas creencias, no son fantasías o suplementos sin incidencia en la naturaleza de las cosas, sino que, a partir de ellas, los hombres actúan sobre el mundo y el mundo sobre el hombre. Retrabajando a M. Mauss, analiza el efecto de la palabra colectiva, recuperando la porosidad del cuerpo respecto a la acción del símbolo. Citando a C. Levi-Strauss en su análisis de la eficacia simbólica, plantea que provee inercia para la cura y que, también, puede abrir el camino para la muerte o para la desgracia. Si el símbolo (el rito, la súplica, la palabra, el gesto, etc.) actúa con eficacia en ciertas condiciones es por la constitución de tejidos simbólicos, contribuyendo a “una socialización del trastorno”.

Por otra parte, la medicina —en la búsqueda de una mejor objetivación— plantea la separación absoluta entre el sujeto y el objeto de conocimiento, se separa del enfermo y de la enfermedad para que ésta sea la base del saber. No es el caso de los denominados médicos “blandos” o en medicinas populares (sobre todo hipnotizadores), en su conocimiento de co-nacer con el otro.

La eficacia simbólica es un proceso antropológico que se establece entre el curandero y el enfermo; la concepción médica distingue absolutamente los términos, la medicina se aleja de un recurso, el de

lo simbólico, que podría potenciar sus efectos. Así y todo, no plantea que la eficacia simbólica esté ausente de la relación médico paciente; sino que la instauración de esta eficacia está limitada por la posición cultural y social del médico y por el carácter generalmente técnico de las terapias que éste recomienda. En la relación médico-paciente la eficacia del símbolo sólo se encuentra de manera residual: la pertenencia a un mismo tejido de sentido, la dimensión comunitaria y el consenso social que lo rodea.

La medicina moderna nunca dispuso de una unanimidad total, nació al mismo tiempo que el individualismo occidental. Su propio recorrido implica el aislamiento del enfermo y la división de las tareas. Además, la distancia social y cultural a veces es grande entre el médico (hombre importante, poseedor de un saber esotérico que raramente intenta compartir) y el paciente (que no posee ningún saber sobre sí mismo, que ignora las significaciones que lo atraviesan y que está destinado a no comprenderlas). La medicina, al haber apostado a la eficacia técnica, hace que se vea impedida de asociarla a una eficiencia de otro orden.

La noción de “efecto placebo” es la reformulación médica del vector simbólico vinculado con las curas, implica la manera de dar cuenta tanto como la naturaleza del producto que se da y como el del acto de dar. Muestra que el terapeuta, sea quien sea, cura tanto con lo que es como con lo que hace. El saber-ser se muestra, a veces, como más eficaz que el saber-hacer, al punto de invertir los datos farmacológicos. Este “efecto placebo” también apunta a las proyecciones del enfermo, al trabajo del imaginario que agrega al acto médico un suplemento decisivo. Subraya los límites de la relación terapéutica, cuando se la encara de una manera demasiado “técnica”. Aunque el discurso médico imputa la mayor eficacia a la credibilidad del paciente, el desafío al entendimiento y la ignorancia del paciente es desarticulado por medio de una actitud más o menos bromista.

Propone este autor tener en cuenta los datos de la administración de medicamentos y la calidad de su presencia frente al enfermo. Al trabajar con el “contacto” y el símbolo, el médico provoca la adhesión del paciente al tratamiento terapéutico, dando un sentido pleno a la medicación.

El juego de la estima y de la confianza puede instaurarse y alimentar la relación terapéutica; se trata de la constitución del intercambio. El médico, a través del reconocimiento del paciente, le agregó a la eficacia farmacológica la eficacia simbólica; esta acción potencializa los efectos fisiológicos que el acto médico induce. Plantas o drogas tienen una acción farmacológica más o menos común sobre el conjunto de los hombres pero sus efectos se modifican de acuerdo con los contextos culturales.

Citando expresamente a P. Furst y a H. Becker, plantea que no hay una objetividad estricta de la acción de los principios activos porque la cultura (o la creencia personal del sujeto o las del grupo que rodea al enfermo y que ocupa el lugar de la cultura) o el campo social multiplican, anulan o desvían los efectos químicos.

El desconocimiento y la estigmatización sobre las diferentes visiones del mundo obstruyen el contacto con el enfermo que no se siente ni respetado ni reconocido. El médico interrumpe la circulación del símbolo y se priva de un recurso esencial.

La presunción de ignorancia que se aplica al enfermo (o a las medicinas que no controla) le asegura a la institución médica la certeza y la superioridad de su saber, pero alimenta también la desconfianza y las deserciones de una “clientela” que busca en otra parte una mejor comprensión. Esta es, para el autor, la falla más arraigada y la más decisiva de la institución médica; falla que antes (fines del siglo XIX y el siglo XX) se hacía evidente frente a las medicinas populares y que hoy se evidencia frente a las medicinas “blandas”. Una medicina demasiado “llena de saber” se aísla de datos antropológicos y el vector simbólico sólo funciona de modo residual (inversión en la persona del médico o en la técnica).

La demanda de remedios por parte de los pacientes está con frecuencia vinculada con una carencia de relación; el medicamento toma el lugar de la escucha o del contacto que no tiene el tiempo suficiente como para satisfacer al paciente, para reconocerlo en su sufrimiento: la dimensión simbólica se restaura, de contrabando, por medio de este recurso; prácticas hasta hace poco “irracionales”, “mágicas”, hoy se buscan en un cambio de perspectiva que G. Balandier denominó “recurso de la contra-modernidad”. La posibilidad de recurrir al

imaginario lo preserva del sentimiento de no ser comprendido por el médico y de sentirse desnudo frente a la complejidad de los trastornos. Hoy hay dos prácticas (médico y curandero), con dos modos de reconocimiento social, donde los curanderos se instalan como “médicos de las personas”, restaurando el equilibrio orgánico y existencial.

Por todo lo expuesto, este autor reflexiona sobre la gran complejidad que tiene en Occidente el manejo de la enfermedad. A la sociedad dual que divide la modernidad le responde una medicina dual, una medicina con dos velocidades, pero enriquecidas entre dos polos por muchos matices intermedios: por un lado la medicina que apuesta a la tecnología y a las investigaciones de punta, por el otro, una medicina que se apoya en las relaciones, que utiliza más la palabra y el cuerpo, que recurre a medicamentos menos “agresivos”; la preocupación por lo simbólico señala la línea de demarcación entre estos polos.

Siguiendo, es M. Taussig³⁰ —antropólogo y médico— el que llama la atención sobre los problemas planteados por el marxismo y recuperados por la Antropología en lo que concierne al significado moral y social de las “cosas biológicas y físicas”. De esta manera, tanto los signos y los síntomas de una enfermedad, como la técnica de la curación, no “son cosas en sí mismas” (biológicas y físicas); sino que son también signos de relaciones sociales disfrazadas como cosas naturales, ocultando sus orígenes en la reciprocidad humana. Recupera de G. Luckacs el concepto de “reificación”, entendiendo que en la sociedad capitalista el concepto de objetividad no es más que una ilusión estimulada por las relaciones capitalistas de producción; la estructura de la mercancía como un problema central de la sociedad capitalista en todos sus aspectos. El fenómeno de la reificación es intrínseco en la cosificación del mundo, las personas y la experiencia; escribió Luckacs “... que la relación entre la gente adopta características de una cosa y de esa manera adquiere una ‘objetividad fantasmal’, una autonomía que aparenta ser tan estrictamente racional y abarcadora que oculta cualquier indicio de su verdadera naturaleza: la relación entre personas”.

30 Taussig, M.: “La reificación y la conciencia del Paciente”, en *Un Gigante en Convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente*, Barcelona, Gedisa 1992.

La preocupación de Taussing, al retomar a Luckacs, lo lleva a considerar la “objetividad fantasmal de la enfermedad” y su tratamiento en nuestra sociedad porque, al negar las relaciones humanas encarnadas en síntomas, signos y terapias, no sólo estamos mistificando, sino que también estamos reproduciendo una ideología política a modo de ciencia de (aparentemente) “cosas reales” por cosificación biológica y física. En toda sociedad, continúa el autor, la relación entre médico y paciente es más que una relación técnica; es una interacción social que puede reforzar poderosamente las premisas básicas de la cultura vigente. La persona enferma se configura así como una persona dependiente y ansiosa, maleable en las manos del médico y del sistema de salud, y vulnerable a su manipulación y a su moralidad. El fenómeno de la enfermedad en la vida del paciente y su familia proporciona al médico una puerta de ingreso poderosa a la psique del paciente, implicando una desestructuración de la comprensión convencional de éste y de su personalidad social. La función de la relación entre el médico y el paciente es la de reconstruir ese entendimiento y esa personalidad, pero el tema del control y de la manipulación se oculta bajo el aura de la benevolencia. La reificación que surge de la estructura de la mercancía y la práctica médica, es una manera singularmente importante de mantener la negación en cuanto a la facticidad social de los hechos. Las cosas, por ende, toman vida propia al ser separadas del nexo social que las originó y quedan encerradas en su propia autoconstitución: “lo arbitrario del signo no se confirma, y deja de considerarse arbitrario porque se fija en el paciente, asegurando con esto la semiótica de la lengua de la enfermedad”.

Por ultimo, M. Foucault³¹ analizó la mutación de la “mirada de la medicina” a comienzos del siglo XIX. Los médicos describieron lo que, durante siglos, había quedado en la antesala de lo visible y de lo enunciable; pero no es que se hayan puesto a ver luego de haber especulado durante mucho tiempo, o a escuchar a la razón más que a la imaginación, sino que la relación de lo visible y de lo invisible, necesaria para todo saber concreto, cambió de estructura e hizo aparecer, bajo la mirada y en el lenguaje, lo que estaba más allá y más acá de su dominio. Dice Foucault: “no se trata del dominio de la medicina

31 Foucault, M.: “*El nacimiento de la clínica*”. Edit. Siglo XXI, España, 1986.

y de la manera en la cual se ha estructurado en algunos años el conocimiento singular del individuo enfermo. Para que la experiencia clínica fuera posible como forma de conocimiento, ha sido menester toda una reorganización del campo Hospitalario, una definición nueva del estatuto del enfermo en la sociedad y la instauración de una cierta relación entre la asistencia y la experiencia, el auxilio y el saber; se ha debido envolver al enfermo en un espacio colectivo y homogéneo". Este autor habla del "poder disciplinario", cuya función principal es la de "enderezar conductas", multiplicando y usando la fuerza; la disciplina "fabrica" individuos: es la técnica específica de un poder modesto, suspicaz, que funciona según el modelo de una economía calculada permanentemente. El éxito del poder disciplinador se debe al uso de instrumentos simples: la inspección jerárquica, la sanción normalizadora y su combinación en un procedimiento que le es específico: el examen.

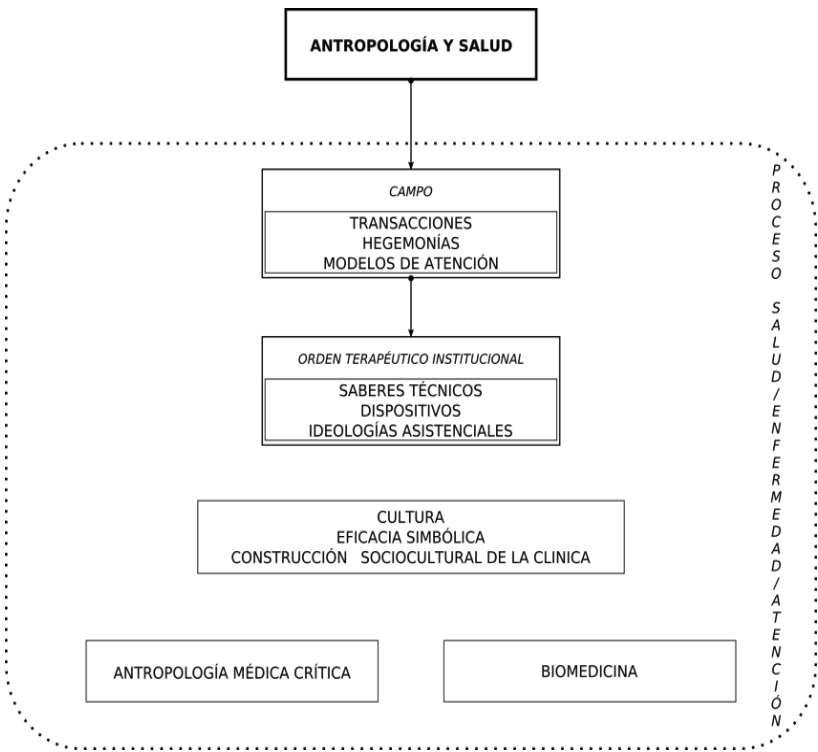
El ejercicio de la disciplina, las técnicas que permiten ver, inducen efectos de poder; los medios de coerción hacen claramente visibles aquéllos sobre quienes se aplican; dan lugar a "observatorios" de la multiplicidad humana siendo el modelo casi ideal el campamento militar. Las instituciones disciplinarias han secretado una maquinaria de control que ha funcionado como un microscopio de la conducta y, además, han formado un aparato de observación, registro y encauzamiento de la conducta. Como "máquinas de observar", el aparato disciplinario perfecto permitiría en una sola mirada verlo todo permanentemente; pero la mirada disciplinaria ha tenido necesidad de relevos; necesita descomponer sus instancias para aumentar su función productora, especificar la vigilancia y hacerla funcional como en los grandes talleres y fábricas. La vigilancia pasa a ser un operador económico decisivo, en la medida en que es a la vez una pieza interna en el aparato de producción y un engranaje especificado del poder disciplinario. El mismo movimiento se produce en la organización de la enseñanza elemental: especificación de la vigilancia e integración al nexo pedagógico. La vigilancia jerarquizada, continua y funcional, no es una de las grandes "invenciones" técnicas del siglo XVIII, pero su insidiosa extensión debe su importancia a las nuevas mecánicas de poder que lleva consigo. El poder disciplinario, gracias a ella, se con-

vierte en un sistema “integrado”, vinculado del interior a la economía y a los fines del dispositivo en que se ejerce. Gracias a las técnicas de vigilancia (la “física” del poder), el dominio sobre el cuerpo se efectúa de acuerdo con las leyes de la óptica y de la mecánica, de acuerdo con todo un juego de espacios, de líneas, de pantallas, de haces, de grados y sin recurrir, en principio al menos, al exceso, a la fuerza y a la violencia; poder que es en apariencia tanto menos “corporal” en tanto que es sabiamente “físico”. Además, la disciplina lleva consigo una manera específica de castigar: la inobservancia de todo lo que no se ajusta a la regla (las desviaciones). Desde esta perspectiva, el castigo –en el régimen disciplinario– supone una doble referencia jurídico-natural, y tiene por función reducir las desviaciones, debiendo ser “correctivo”, tomando como correctivo el modelo judicial. Así, en la disciplina, el castigo es un elemento del sistema doble: gratificación-sanción. Con una penalidad perpetua, se opera una diferenciación que no es la de los actos, sino la de los individuos mismos, de su índole, de sus virtualidades, de su nivel o de su valor. También se castiga haciendo retroceder y degradando; en suma, castigar en el régimen del poder disciplinario no tiende ni a la expiación ni a la represión; sino a comparar, diferenciar, jerarquizar, homogeneizar y excluir, para normalizar.

Por otra parte el examen combina las técnicas de la jerarquía que vigila y las de la sanción que normaliza. La superposición de las relaciones de poder y de las relaciones de saber adquiere en él toda su notoriedad visible. En esta técnica está implicado todo un dominio de poder y de saber. Una de las condiciones esenciales para el desbloqueo epistemológico de la medicina a fines del siglo XVIII fue la organización del hospital como aparato de “examinar”. Desde esta época, la inspección de otro tiempo, discontinua y rápida, se ha transformado en una observación regular que pone al enfermo en situación de examen casi perpetuo. Estableciéndose así consecuencias en la jerarquía interna, el médico –elemento hasta ahora externo– comienza a adquirir preeminencia sobre el personal religioso, y se le confían subordinados en la técnica del examen: aparece la categoría del “enfermero”; toma como ejemplo el hospital bien “disciplinado” que se constituirá en el lugar adecuado de la “disciplina” médica, con procedimientos de escritura y registro del “expediente”, del individuo y

será examen de un “caso”, objeto de conocimiento y una presa para el poder.

Finalmente, esta breve aproximación a las categorías y aportes al campo de “Antropología y Salud” desde distintos saberes que enriquecen esta perspectiva de analizar los modelos de atención a los padecimientos, muestra la complejidad y conflictividad no sólo disciplinar científica, sino política-administrativa, junto al papel del Estado como legitimador y/o enmascarador de las instituciones.



- CAPÍTULO 2 -

DIMENSIONES TEÓRICAS-EPISTEMOLÓGICAS DESDE EL CAMPO DE “ANTROPOLOGÍA Y SALUD”

“El concepto del mal más que el sufrimiento social que finalmente debe ser reducido a las formas de patología para operativizarlo, es útil porque nos permite incorporar como objeto de estudio, las enfermedades (*disease*), los trastornos psicopatológicos que no pueden asociarse directamente a una alteración biológica como la depresión, y las consecuencias personales del sufrimiento social derivado del mal social”.

J. Comelles

En este capítulo se presentan aproximaciones conceptuales para la construcción de conocimientos en el abordaje de problemas socio-sanitarios, estudio de la praxis científica, técnica y médica, privilegiando el enfoque desde el campo de “Antropología y Salud”.

2.1 – PROCESO SALUD - ENFERMEDAD - ATENCIÓN (Ps-E-A)

Esta categoría, según E. Menéndez³², alude a los distintos procesos sociales, económicos y culturales que posibilitan el desarrollo de diversas formas de atención, a partir de las necesidades y posibilidades de los diferentes conjuntos sociales (desde estrategias de supervivencia de personas en situaciones de vulnerabilidad o pobreza extrema; hasta sujetos en búsqueda de la “eterna juventud” apelando a prácticas reparatorias de cirugía homologadas a estándares de salud; pasando por prácticas religiosas, que otorgarían un “equilibrio” a padeceres

32 E. Menéndez, E. *Salud colectiva*; compilación de H. Spinelli, Editorial Lugar, Bs. As, 2004.

existenciales; por lo cual excede a la enfermedad que se puede o no padecer).

El campo socio-cultural no es homogéneo, lo constituyen relaciones de hegemonía/subordinación, que pueden asumir características de oposición, complementariedad y subalternidad, entre otras, junto a procesos transaccionales que favorecen la cohesión-integración. Los actores/agentes/sujetos y los conjuntos sociales son los que, determinados o no, desarrollan el papel de agentes relacionales, por lo que supone la existencia de estructuras sociales y significados producidos por los mismos. Esto alude a la racionalidad y prácticas de los diferentes tipos de curadores, y a las acciones desarrolladas por los sujetos y grupos sociales. Todos los conjuntos sociales realizan frente a los padecimientos diferentes estrategias que incluyen significaciones y prácticas, producto de las representaciones socio-culturales de su grupo y de las experiencias particulares de los sujetos/actores; lo cual comprende la “carrera del enfermo” como proceso de búsqueda de resolución del padecimiento por parte de los propios actores sociales.

La mirada antropológica de las prácticas en salud sobre los diversos esquemas terapéuticos (profesional, tradicional y popular) ha profundizado las formas en que se articulan los diversos agentes e instituciones que actúan sobre la salud y la enfermedad, como respuestas a los padecimientos sobre problemas del bienestar físico y psíquico del sujeto. En el Ps/e/a se pueden identificar tres dimensiones, que articulan a su vez con prácticas e ideologías asistenciales, un conjunto de secuencias de acción, de prácticas empíricas, rituales, etc., que están contextualizadas en un tipo u otro de organización social y económica, y que se relacionan con las ideas sobre el mundo y la sociedad presentes en ellas. Siguiendo a Menéndez, estas instancias son:

- a.] existencia de algún tipo de expertos, especialistas, curadores (chamanes, curanderos o médicos);
- b.] presencia de instituciones más o menos especializadas en la cuestión (santuarios, hospitales o centros de salud ambulatorios);
- c.] procesos de autoatención (sólo están implicados el individuo afectado y su grupo primario); una de las actividades básicas del proceso de salud/enfermedad/atención dado que cons-

tituye una actividad constante e intermitente a partir de los propios sujetos, de manera autónoma o teniendo como referencia secundaria o decisiva a las otras formas de atención. La autoatención comprende las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel del sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención de curadores profesionales, aún cuando estos puedan ser referencia de esta actividad. La autoatención implica decidir la auto-prescripción y el uso del tratamiento de forma autónoma o relativamente autónoma. Subraya el autor que éste es el único nivel que se encuentra en todos los grupos y sociedades humanas, incluidas aquéllas en que la aparente omnipresencia de la medicina científica no permite apreciarlo, como sucede en las sociedades industriales más urbanizadas.

El fenómeno de auto medicación, en el contexto de la auto-atención en salud, involucra otros elementos estructurales, universales, del comportamiento humano. El uso de sustancias es considerado una práctica universal que puede estar vinculada con muchos aspectos de la vida cotidiana de las personas, y en indudable relación con el primer nivel de auto-atención, aunque con características específicas bien marcadas a lo largo de la historia humana. Consiste en el tratamiento autónomo a base de productos naturales, medicinas de distintos tipos (entre las que se encuentran los fármacos), y que se hace presente en cualquier sociedad.

La industria química farmacéutica que es uno de los pilares de la intervención y expansión biomédica, alimenta la automedicación, o bien los conjuntos sociales resignifican sus productos. Sin embargo la Organización Mundial de la Salud señala que “el uso racional de medicamentos requiere que el paciente reciba la medicación apropiada a su necesidad clínica”, por lo que muchos especialistas llaman a la automedicación “la enfermedad silenciosa”, por lo cual se destaca sólo uno de los aspectos del fenómeno.

2.2 – MODELOS DE ATENCIÓN

E. Menéndez³³, poniendo el acento en los conjuntos sociales como eje de atención a los padecimientos –conjuntos sociales diferenciados y/estratificados a través de distintas ocupaciones, económicas, religiosas, étnicas, que operan en diferentes contextos latinoamericanos–, señala que se podrían delinear las siguientes formas de atención:

- a.] formas de atención a los padecimientos físicos y mentales que la biomedicina considera enfermedades, ya sea médicos de primer nivel o de las especialidades, incluyendo formas antiguas y comparativamente marginales hoy como la medicina naturista, la balneoterapia o la homeopatía o la quiropraxia; incluye también las diferentes formas de la psicoterapia individual, grupal y comunitaria;
- b.] formas de atención de tipo “popular o tradicional”, expresados en curadores populares como hueseros, brujos, curanderos, espiritualistas, chamanes, yerberos, etc.; con inclusión del papel curativo de ciertos santos o figuras religiosas, cristianas o de otros cultos, y todas las actividades curativas de cultos pentecostales o los carismáticos;
- c.] formas de atención alternativas, paralelas, o *new age*, que incluyen a sanadores, bioenergéticos, nuevas religiones curativas de tipo comunitario, etc.;
- d.] formas devenidas de otras tradiciones médicas académicas: acupuntura, medicinas ayurvédicas, medicina mandarina, etc.;
- e.] formas de atención centradas en la autoayuda: Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, Clubes de Diabéticos, padres de niños con síndrome de Down, cuya característica básica radica en que están organizadas y orientadas por las personas que padecen o co-padecen algún tipo de problema; en Argentina, las “Madres del Paco”, se podrían ubicar dentro de este nivel.

En las distintas formas de atención señaladas operan, según Menéndez, dos niveles: a) una articulación entre las distintas formas

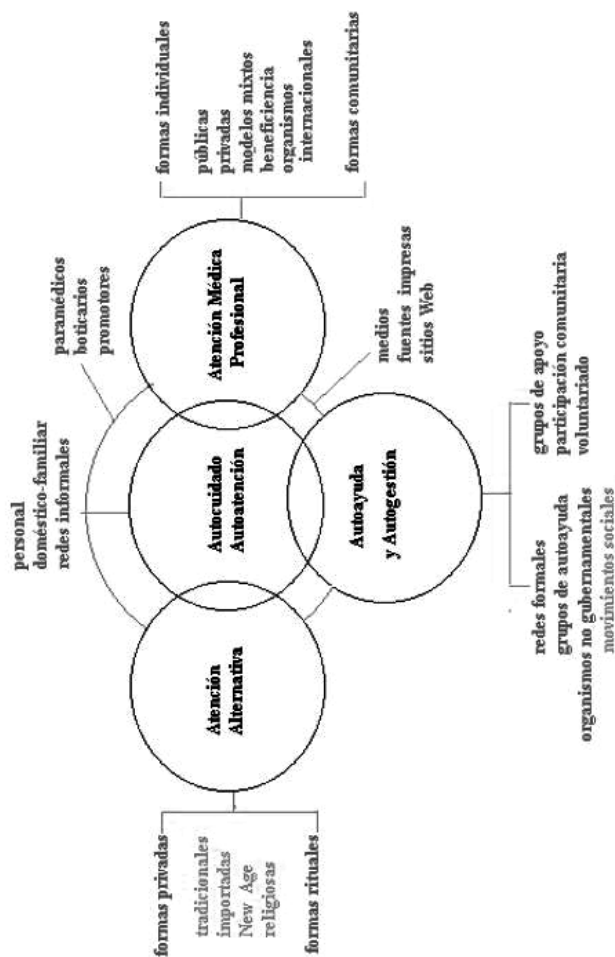
33 E. Menéndez E. *Salud colectiva*, op. cit..

de atención, por ejemplo, la medicina se apodera de la acupuntura; o bien que formas tradicionalmente antagónicas, como Alcohólicos Anónimos se relacionen con la biomedicina actual; *b*) la integración de dos o más formas de atención desde los sujetos o grupos que tienen algún padecimiento, por lo cual abre la categoría de carrera del enfermo o itinerario diagnóstico y terapéutico (hilo “oculto” que pone de relieve el papel que juegan la auto-atención, la medicina popular, las redes sociales y la medicinas alternativas, como opciones para el cuidado de la salud y como marcadores de situaciones).

J. Comelles³⁴ distingue proceso asistencial de complejo asistencial; el primero abarca la movilización social que se desencadena ante una crisis personal y colectiva, compuesto de los criterios de clasificación diagnóstica, de procesos colectivos de toma de decisiones respecto a criterios de intervención terapéutica o de prácticas de cuidado y uso de recursos disponibles. El segundo hace referencia a la percepción del valor de los recursos en la relación con la disponibilidad de los mismos, y se basa en la experiencia colectiva en relación a ellos. Se diferencia de los dispositivos asistenciales, dado que éstos constituyen la oferta existente basada en especialistas o instituciones formales y sus connotaciones simbólicas; y son transacciones, en la medida que se relacionan con lo local, lo político y con el control social (los santuarios, por ejemplo, constituyen una red de seguridad colectiva y de protección social).

34 Comelles, J. “De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas. Una revisión conceptual”. En www.naya.org.ar

El sistema de atención a la salud en las sociedades actuales



Fuente: Haro Encinas, J. “Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud”, en Medicina y Cultura, de E. Perdiguero y J. M. Comelles, Bellatera, España, 2000.

2.3 – SALUD / PADECIMIENTO / ENFERMEDAD

Diversas disciplinas e innumerables investigadores aportaron a la conceptualización de la salud y la enfermedad. Desde dimensiones singulares o atendiendo a conglomerados sociales; desde modelos unicausales e interacciones entre agente-huésped-ambiente; de agente etiológico a complejo muticausal, se ha buscado comprender la génesis de las enfermedades.

La noción de salud/enfermedad, desde la historia de la medicina, está marcada por el enfrentamiento entre “mecanicismo” y “vitalismo”; es decir, entre la reducción de los seres vivos a máquinas físico-químicas muy complejas y la afirmación de que su capacidad de vivir reside en fuerzas o principios vitales con cualidades diferentes.

Desde Hipócrates, con la “historia natural de la enfermedad”, cuyo principio básico era la “fuerza curativa de la naturaleza”, pasando por el romanticismo decimonónico, hasta el positivismo de Comte con la búsqueda de hechos y leyes, para que las funciones orgánicas puedan ser medidas, descomponiendo los procesos en sus partes, analizando e investigando las causas en los fragmentos. De Show, J; Bernard, C.; Pasteur, L.; Koch, R. a los estudios de la modernidad europea del s. XIX poniendo el acento en el papel del Estado (J.P. Frank) o bien destacando la pobreza como incubadora de enfermedades, por lo cual reclamaba la responsabilidad de los médicos participando con reformas sociales para mejorar la salud (R. Virchow); abarcando el principio del siglo XXI con aportes de la biología molecular, con explicaciones que buscan anticipar causas de enfermedad en la constitución genética.

Sin embargo, el papel de lo social y cultural no se ha podido relegar. La enfermedad (del latín *infirmitas*, *-ātis*: “no firme”, “falto de firmeza”) es un fenómeno complejo que va más allá de su dimensión biológica, que deriva de un conjunto articulado de fenómenos culturales, económicos y políticos, cuyo sentido está impregnado de connotaciones institucionales y de la sociedad toda. Como ejemplo, Ackerknecht cita a algunas tribus de indios sudamericanos que padecen una infección por espiroquetas (espiroquetosis discrómica), tan común entre ellos que al que no la tiene se le considera como

anormal y se le excluye del matrimonio. La cirrosis hepática puede ser representada en términos “nosográficos” por el micropatólogo, por el bioquímico, etc., pero para la persona que padece la enfermedad significa otra cosa, dimensión de un malestar. El “punto de vista del nativo” difiere del punto de vista médico, dado que otorga un significado cultural del término “cirrosis”, priorizando un sentido adjudicado a la incomodidad, a los síntomas, a los signos y al tratamiento de la enfermedad. Desde esta perspectiva, el proceso de salud y enfermedad no puede limitarse a la mirada biomédica, sino que necesita de inter-saberes, de disciplinas como la medicina, la psicología, la historia, la sociología, la economía política, la epidemiología, la antropología, entre otras.

Las preocupaciones de los sujetos sociales por aliviar sus malestares, de acuerdo con la cultura de su sociedad, historicidad y forma de organización, generaron campos de saberes acerca de la salud y la enfermedad, gestionando su atención y acciones para la prevención y promoción de la salud, lo cual supone contextos institucionales reconocidos en la cultura y en la estructuración de las sociedades. La cultura, según C. Geertz, es la jaula elástica en la que el sujeto está suspendido; como concepto se genera a partir de “...los miembros de un grupo social y permite describir de manera simbólica un complejo entramado de acciones, ideas, emociones, hábitos, creencias, y valores conservados, transmitidos y reestructurados en el proceso histórico del grupo social... cualidades y acciones significativas para los individuos que las perciben, interpretan y viven cotidianamente permitiéndoles la comunicación entre sí”³⁵.

Desde del enfoque antropológico, el padecer toma una relevancia fundamental como categoría teórica, en el trayecto existente entre la salud y la enfermedad a lo largo de la historia y del desarrollo mismo de la medicina. Con sentidos hasta contradictorios, en este trayecto se expresan las profundas discrepancias en los modos de interpretar los hechos biológicos y sociales. A los ya citados conceptos de enfermedad (*disease*), como proceso fisiopatológico, y padecimiento (*illness*),

35 Moreno-Altamirano, L. “Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socio antropológica”, en *Salud Publica en México*. V.49/2007.

como dolencia, malestar o estado subjetivo percibido por el sujeto, recuperamos de Parsons la categoría de disfunción social (*sickness*), refiriéndose a los comportamientos y acciones del sujeto enfermo dentro de la cultura de una sociedad.

Kleinman³⁶, enfatizando la connotación cultural y social, señala que el padecer (*illness*) es una categoría que incorpora la experiencia, la percepción individual dentro de los sistemas de salud. Como vía de expresión el sujeto enfermo percibe y expresa el proceso de enfermar; se construye con el discurso médico profesional y está vinculado con distintos aspectos de la sociedad, como es la legitimidad social de los padecimientos y su relación con las prácticas médicas. Los roles sociales que asumen los enfermos, las familias de éstos, otros curadores y la comunidad en general expresan las relaciones de poder que emergen entre el enfermo, su familia y el curador. Propone que para comprender los padecimientos, se los analice en relación y asociados con distintos tipos de “realidades”; la realidad física (ambiente natural), accesible o inaccesible para el ser humano; la realidad social construida como un sistema de normas, de significados y de poder en la comunidad, así como las relaciones entre familias, comunidades e instituciones y las redes sociales que se establecen entre ellas; la realidad simbólica, que establece “puentes” entre las personas y los espacios sociales, y la realidad psicológica, inculcada con los procesos mentales de los individuos. La acción social participativa será resultante de interrelaciones entre las distintas esferas de la vida cotidiana (a diferencia del racionalismo que explica los fenómenos como resultado de lo excluyente).

Desde un modelo “hermenéutico cultural”, Kleiman y Good advierten que el proceso de enfermar se relaciona con estados psicológicos y biológicos. El padecimiento se entiende como una experiencia con un significado para cada sujeto dentro de la red de significaciones inherentes a cada cultura. El padecer se construye a partir de una serie de redes semánticas elaboradas en el marco de una cultura dada; situado en el dominio del lenguaje, el discurso del enfermo, como experiencia humana y objeto de atención médica, se transforma en en-

36 Kleinman, A. *op.cit.* y *Patients and healers in the context of cultura*, Berkeley: University Press, 1980.

fermedad a partir de los síntomas significados socialmente, expresan la cara simbólica que pone de manifiesto el estado anímico del enfermo y los significados modulados por la estructura social. (Good, B. y Good, MJ).

Las respuestas del sujeto para mitigar sus dolencias han sido conceptualizadas desde distintas perspectivas socio antropológicas; colocando su mirada en la llamada “fe de los enfermos”, puesta en el curador o en la farmacopea o remedios utilizados. La eficacia simbólica es la categoría que utiliza Levi-Strauss para describir los fenómenos de cura ritual chamánica, cura de la palabra (opuesto a categoría de fe) en conexión simbólica, participando de un mismo esquema de coherencia simbólica entre el especialista (curandero, chamán, médico alópata u otro), el enfermo y su grupo social de referencia. El lenguaje que subyace a todo pensamiento está cargado de imágenes, emociones y experiencias, afectividad; palabras, gestos, movimientos, indumentaria, tiempo y espacio que adquieren un significado que permite comprender la realidad. Curador y paciente reinterpretan signos y significados, siendo la interpretación de esa realidad la que lo lleve a curarse. “El enfermo, según Levi-Strauss, debe creer en esa realidad, y ser miembro de una sociedad que también crea en ella”³⁷. La creencia según Levi-Strauss, como sentido del mundo, constituye un sistema estructurado en categorías y procesos simbólicos; este simbolismo que desde perspectivas actuales, comulga concepciones distintas: como recurso primordial de todo acto cognitivo, y simbolismo como conjunto de repertorios y actos simbólicos externos al sujeto e inherentes al orden social.

Tradicionalmente, desde el paradigma mecanicista o biomédico, se entendía la Salud como la ausencia de enfermedad; desde esta perspectiva el énfasis se ponía en la enfermedad y no en quién la padece, derivada de un desequilibrio biológico secundario, la acción de alguna

37 Levi-Strauss, L. *Antropología Estructural*: L. en Moreno-Altamirano, *op. cit.*, también analiza los aportes de Aguirre Beltrán, G.; Young; Bibeau, G.; Corin, E. y Almeida- Filho N.; este ultimo propone el “complejo enfermedad-padecimiento-malestar” que destaca el componente político e ideológico de la practica medica basada en las relaciones de poder que propician la distribución diferencial de enfermedades y tratamiento.

noxa o a la alteración anatómo-funcional de un determinado órgano o sistema biológico. “Salud” es definida en la constitución de la Organización Mundial de la Salud de 1946 como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Sin desmerecer el enorme aporte que esta definición ha significado, se trata más de una aspiración, un deseo muy lejano, más que de una realidad. Si bien se reconoce un avance al marco interpretativo al expresar salud como el completo estado de bienestar físico-mental y social, el atributo que implica “bienestar”, sentirse bien o de estar bien, transforma la definición en una simple e irreducible tautología³⁸. Buscando corregir el concepto de bienestar, se buscaron conceptos más dinámicos como adaptación, madurez, equilibrio, pero se pierde la dinámica del carácter histórico. Socializada sobre una realidad particular, omite el proceso incesante, histórico y social, que incluye el conflicto, su enfrentamiento, y al sujeto como fundamento del hecho sanitario.

Considerando los planteamientos de G. Berlinguer³⁹ coexisten diferentes concepciones de salud y enfermedad; desmenuza el concepto de enfermedad en relación a la especie humana, entrecruzando por lo menos tres componentes:

- a.] un hecho objetivo corpóreo, es decir una alteración de algún órgano, aparato, sistema o función, más o menos demostrable;
- b.] una mayor o menor conciencia individual del mal;
- c.] una idea de una medida derivada de los conocimientos, los prejuicios y los intereses de la época; en consecuencia, un juicio de valor, una interpretación ética, además de científica, que sirve como guía operativa.

Así, la enfermedad sería la incapacidad permanente o transitoria si se mantiene la homeostasis, es decir, el equilibrio entre las funciones del organismo, y a la vez, un proceso con un comienzo, una historia y una conclusión. Sería mejor, sostiene el autor, hablar de un ciclo continuo salud-enfermedad, que se desarrolla no sólo en el interior del

38 Ferrara, F. A. “*Teoría social y salud*”, Mimeo 1983.

39 Berlinguer, G. “*Conflictos y orientaciones éticas en la relación entre salud y trabajo*”, CESS N° 69, 1994.

organismo, sino entre él y el medio ambiente. La salud, además, es un bien colectivo que atañe a toda la sociedad pero que no anula las características individuales de las enfermedades. Por el contrario, la dimensión social de los fenómenos sanitarios es la suma y la síntesis de las necesidades, de los requerimientos y de las particulares condiciones de cada varón o mujer. La enfermedad, a menudo, más que dolor físico es pérdida de poder o dignidad humana, que se traduce en preponderancia de los sanos acentuando las diferencias sociales.

A nivel sumarisimo, destacamos a G. Canguilhem⁴⁰, que ha señalado tres concepciones o modelos acerca de la enfermedad:

- a.] la ontológica: mágico-religiosa-bacteriológica, que aún no ha desaparecido, considera que al enfermo le ha penetrado o se la ha quitado algo de existencia independiente, capaz de provocar un mal; por lo que la pérdida de salud (un “don”) puede atribuirse a índole mágica, espíritus malignos, falta de estado de purificación, resignación o gracia⁴¹. Los tratamientos para devolver el equilibrio corporal implicaban desde medicamentos entre frío y calor, transportar la enfermedad, confesión ante el sacerdote, hasta que comienza la práctica en la medicina occidental;
- b.] la concepción dinámica (naturista), integrando niveles de agente-huésped-ambiente, aún no ha logrado descifrar las “causas” de la enfermedad, ni el papel que desempeñan otros factores en la aparición o el curso de una determinada condicho morbosa, desde el s. XIX;
- c.] la concepción sociológica, en la que alude a Parsons al incluir el concepto de malestar (*sickness*) como componente social del complejo enfermedad-padecimiento, conceptualizando la salud como el estado óptimo de las capacidades de un individuo para la ejecución de roles y acciones en los que ha sido socia-

40 Canguilhem, G. *Lo normal y lo patológico*, en esquema breve de L. Moreno-Altamirano, op. cit.

41 Turner, V. describe procedimientos rituales entre los ndembu, donde la perturbación es causada por agentes externos y disgusto de una deidad: “el esfuerzo del individuo lo conducía a la armonía con el cosmos; su desviación, a la anormalidad, al sufrimiento, a la des-ubicación” *Ibíd.*

lizado; relacionando la personalidad y el organismo, por un lado, junto al sistema cultural y social, por otro, en relación sistémica. Delineando así la teoría funcionalista de la acción social, considera la enfermedad como un hecho social y no puramente fisiológico, con un rol definido del enfermo dentro del sistema social; esta perspectiva no incorpora la naturaleza de los procesos sociales, si bien señala la influencia de factores como el sexo, la etnia, la clase social, etc.

R. Crawford⁴², desde el enfoque de la sociología del conocimiento, señala que la epidemia del SIDA ha generado una crisis social y de identidad llamada “epidemia de significación”, que desnuda cuestiones de identidad, transforma políticas culturales y atraviesa las políticas de salud. En este caso, como en otros, la salud proporciona un dominio simbólico a través del cual las tensiones se expresan y negocian (consideramos que en nuestros contextos locales, igual camino nos lleva a los análisis del consumo de drogas y el problema del aborto). El autor analiza desde una perspectiva teórica la trama histórica de cómo ciertas actividades o conductas llegaron a ser definidas como “maldad”, “enfermedad”, “conductas desviadas” o como “una forma particular de desviación”. Definiciones que comprometían líneas de acción según las designaciones que se hagan dominantes, desde categorías morales o legales a categorías médicas, o más simplemente, desde la “maldad” a la enfermedad. La “desviación” designa más un atributo que algo inherente a los individuos, muestra un enfoque que se centra en los procesos históricos, sociales y culturales a través de los cuales la conducta, actitudes y actividades de los individuos comienzan a ser definidas como desviadas.

El poder para definir y construir la realidad está íntimamente vinculado a la estructura de poder en una sociedad, en un determinado período histórico. Esto es otra manera de decir que las construcciones históricas de la “desviación” están estrechamente vinculadas a las instituciones dominantes de control social. La perspectiva de este autor enfatiza un doble punto de vista: la atribución de la desviación como una construcción histórico-social de la realidad, y las actividades vin-

42 Crawford, R. “Los límites del yo y el otro no saludable: reflexiones sobre salud, cultura y sida” Mimeo, traducido de *Social Science and Medicine* 18,10, 1994.

culadas a la construcción de nuevas definiciones o designaciones de la desviación con fines de control social. Considera a la religión y al Estado como agentes de control social que han perdido —o en el caso del Estado, transferido— algunas de sus prerrogativas de control en el desarrollo de las sociedades modernas; la ciencia médica en particular, tradicionalmente sostenida en la legitimación del Estado, ha crecido para asumir estas antiguas funciones de control. Precisamente, la definición muestra que ciertas conductas o actividades no necesariamente dicen a qué particular designación de la desviación será aplicada. Por ejemplo, se pregunta Crawford “¿es la conducta ofensiva un pecado, un problema moral, un crimen, o una enfermedad? La particular designación de la desviación es a menudo una cuestión de controversia. ¿Es la desviación en la bebida una debilidad moral o una enfermedad? ¿Son los criminales genéticamente defectuosos, psicológicamente amorales, moralmente vacíos, o brutos no socializados?”⁴³

La respuesta a estos interrogantes toman generalmente la forma de un análisis de la etiología y características de la conducta desviada. Se supone generalmente que si se pudiera conocer “la causa” y, así, la “verdadera” naturaleza de la conducta desviada, se la podría prevenir, o más probablemente, controlar en un espacio más próximo a su fuente. A estos debates académicos (en literatura popular y también en los medios de comunicación) se agrega la dimensión política: la cuestión de quién es el agente público adecuado de control social para tal desviación. O, dicho de otra forma, ¿en qué campo debe ubicarse la desviación? Es cuando las discusiones y debates sobre la desviación se trasladan desde el lenguaje de los “expertos” en especialización técnica “a las batallas poéticas” sobre otros campos. Si la drogadicción —incluyendo al alcoholismo— es una enfermedad, entonces la profesión médica es el agente legitimado de control social; si son crímenes, entonces estarán en jurisdicción del sistema de justicia criminal. Todas las divisiones jurisdiccionales no son mutuamente excluyentes y puede existir una considerable superposición. Sucede que a veces existen poderosos formuladores de demandas o colectividades organizadas que tienen mayor o menor poder que otros para definir lo que es verdadero o falso, respetable o no respetable, normal o anormal. Howard

43 *Ibid.*

Becker (1967), sugiere que hay “jerarquías de credibilidad” mediante las cuales organizaciones prestigiosas como la “American Medical Association” y otras, junto a sus representantes, tienen mayor poder para definir y legitimar la realidad (las designaciones de desviación); incluso utilizando hallazgos científicos en forma selectiva para apoyar sus políticas particulares.

Los cambios de las designaciones de la desviación tienen consecuencias que van más allá de la justificación del agente adecuado de control social. De este modo puede cambiar:

- 1.- la “autoridad” legítima relacionada con una variedad particular de conducta desviada (por ejemplo, hacia fines del siglo XVII los médicos, en mayor medida que los sacerdotes o magistrados, se convierten en expertos en “maldad”);
- 2.- el significado de la conducta (por ejemplo, la conducta “inquieta”, descriptiva en la escolaridad de los niños, no es ya rebeldía u oposición premeditada, sino síntoma de la enfermedad de hiperkinesis);
- 3.- el status legal de la desviación (por ejemplo, la Harrison Art de 1.014 creó un nuevo grupo de criminales –los consumidores de opio–, y la decisión de la Corte Suprema de 1973 convierte al aborto en un procedimiento médico convencional para EEUU);
- 4.- los contenidos de la categoría “desviación” o la misma norma (con relación a la Prohibición), porque la Enmienda 18 alteró –al menos simbólicamente– las normas de conducta aceptable de ingesta de alcohol que debía ser nula; con la derogación, sólo ciertos bebedores –los menores y los ebrios crónicos– serían definidos como desviados;
- 5.- la arena disciplinar desde donde la identificación y clasificación de la desviación tiene lugar, y el vocabulario utilizado (cuando la conducta homosexual es considerada como “un crimen contra natura” la clasificación se produce de forma indicial, como una *illness* (enfermedad) y tiene lugar en la arena psiquiátrica, a través de un proceso médico);

- 6.- la forma de intervención (cuando los adictos al opio son definidos como criminales reciben castigo legal; cuando son definidos como enfermos, se les proporciona metadona);
- 7.- los indicadores en relación a qué tipo de información recolectar y en qué centrar la atención (por ejemplo: definiendo la conducción bajo el efecto del alcohol como la “causa” de los accidentes de automóvil, centralizamos el problema sobre las características del conductor individual, antes que recoger datos sobre la industria automovilística o analizar el sistema de transporte; definiendo a los niños hiperactivos como enfermos, volviendo la atención de la escuela a la situación del niño y sus características fisiológicas);
- 8.- la atribución de responsabilidad (los desviados pecadores y criminales son responsables por su conducta, los desviados enfermos no lo son).

Concluye el autor que todos estos cambios deberían llegar a ser evidentes por diferentes combinaciones a través de las prácticas desarrolladas, examinando las designaciones cambiantes de la desviación; así, tres serían los paradigmas principales, ordenadores de las designaciones de la desviación en diferentes períodos históricos: la desviación como pecado, la desviación como crimen, y la desviación como enfermedad.

El antropólogo M Taussing⁴⁴, coincidiendo con los debates por cambios en la psiquiatría, sostiene que toda la ciencia clínica está atravesada por un enmascaramiento: la práctica médica moderna tiene un enfoque exclusivo sobre el “cómo” de la enfermedad, relegando “el por qué”, cosificando –en consecuencia– a la patología. Por medio de una serie de operaciones complejas en extremo, la cosificación ayuda a vincular el sentido de culpa con la enfermedad. La verdadera tarea de la terapia es una “Arqueología de lo implícito”, de tal manera que los procesos por los cuales las relaciones sociales que atraviesan a las enfermedades se aclaran, se cosifican y –al hacerlo– liberan el potencial para manejarse con contradicciones antagónicas y para romper las cadenas de la opresión. Dice el autor que este proceso no se debió tan-

44 Taussing, M. *op.cit.*

to al progreso técnico, como a las estrategias corporativas destinadas a asegurar el monopolio sobre la atención en salud.

Sugiere que la separación entre la supuesta “subjetividad” y “objetividad” —representada por la condición de paciente y la de profesional respectivamente— concluye con la captura de la subjetividad del primero por parte del segundo. Esta situación denota la incapacidad de los pacientes para poder desarrollar, en este contexto, el potencial de ayuda mutua que existe aún en la subcultura del mundo de los pacientes, y de las posibilidades en la misma relación entre profesional y paciente. Rescata el aporte que realiza la Antropología con su “enfoque del punto de vista del nativo” y retomando los trabajos de Kleinman, define a la enfermedad como “una disfunción orgánica que puede ser medida por el patólogo y por el laboratorio; mientras que el malestar es lo que esa disfunción le significa a la persona que la está padeciendo”.

Junto con Kleinman, aboga por el entrenamiento del personal médico en la concientización de la diferencia de percepción; por lo cual estos autores re-plantean una “ciencia social de la clínica” con una “construcción cultural de la realidad clínica”, (antes que una “construcción clínica de la realidad”), discutiendo la necesidad permanente de perpetuar el “profesionalismo” que se da en este campo, la constante rigidez y división entre los discursos del paciente y el médico. Se superaría de tal forma la “brecha comunicativa” que existe entre el modelo médico de la enfermedad” y el “modelo del paciente del malestar”. Desde una “Arqueología de lo implícito”, el “modelo de malestar” del paciente difiere significativamente del modelo médico, pues el paciente necesita ansiosamente ubicar el sentido social y moral de la enfermedad. El profesional clínico por su parte, tiende a la no inclusión de algún tipo de sentimiento extra-enfermedad que altere su legitimidad; esto le impide a su vez comprender una esfera cada vez mayor de relaciones sociales, que parten del hospital como ámbito laboral propio y lo exceden, hacia la sociedad en donde se constituyen dichas relaciones sociales. Finalmente, a la medicina, aún como instrumento de control social, puede colaborar la Antropología enriqueciendo la dimensión del “por qué” o del “malestar” de la enfermedad, que se proyecta precisamente sobre los valores que confieren

sentido a la vida, forzando así a examinar las “causas” morales y sociales de la enfermedad. Como “causas”, son construidas bajo dos esferas interrelacionadas: por un lado, la interacción recíproca y comunal antitética en sí misma; y, por otro, la organización social moderna modelada sobre las necesidades de las prerrogativas capitalistas y burocráticas. Así lo que está en juego no es la construcción cultural de una realidad clínica, sino la construcción y la reconstrucción clínica de una realidad convertida en mercancía. Sostiene Taussing que hasta que esto se reconozca, y se actúe como corresponde, la medicina humanística es una contradicción en sus términos.

2.4 – SISTEMA MÉDICO

Todo sistema médico (*sickness*) consiste en creencias y prácticas que están dirigidas conscientemente a promover la salud y aliviar la enfermedad. Según Foster y Anderson⁴⁵, “el término abarca la totalidad de los conocimientos en salud, tratamientos y habilidades de los miembros de cada grupo. Puede usarse para incluir las actividades clínicas y no clínicas las instituciones formales y no formales y muchas otras actividades que sostienen los niveles de salud del grupo y promueven el óptimo funcionamiento de la sociedad”.

Para estos autores los sistemas médicos pueden dividirse en dos grandes subsistemas: sistema teórico de la enfermedad, referido a creencias acerca de la naturaleza de la salud, las causas de la enfermedad, y remedios y técnicas curativas usadas por los agentes; y sistema de cuidado de la salud que se refiere a la manera en que las sociedades organizan el cuidado de los enfermos con un “ideal de salud”, coherentes con la racionalidad científica. En este desenvolvimiento de medicalización o su combinación encuentra el fundamento de su existencia y el contexto de efectividad que utiliza el conocimiento teórico para auxiliar al paciente.

El sistema teórico de la enfermedad en una sociedad refleja los aspectos cognitivos de la misma, es decir, a nivel ideacional, es explicación, clasificación, causa y efecto. Así es como todos y cada uno de los sistemas teóricos de la enfermedad en todo el orbe y en todas las épo-

45 Foster, G. y Anderson, B: *Medical Anthropology*, N.Y. J. Wiley and sons.

cas son racionales y lógicos y sus técnicas curativas son internamente coherentes y funcionales a los mismos. Todos los sistemas médicos actúan sobre una díada que es el paciente y el sanador, contextualizados socio culturalmente.

M. Epele⁴⁶ retoma a M. Foucault para tratar el carácter expansivo de la institución médica a través de la medicalización progresiva, la inclusión de diversos ámbitos de la vida social bajo el control de la medicina y una tendencia hacia la institucionalización (integración y formalización de problemáticas relacionadas directa o indirectamente con los procesos de salud-enfermedad). Este doble movimiento de medicalización-institucionalización es el que da cuenta del carácter dominante y casi exclusivo de la Medicina, no sólo en la resolución de procesos patológicos, sino en el establecimiento de modelos de comportamientos o “estilos de vida” que se correspondan.

D. Frenkel⁴⁷ llama “Orden Terapéutico Institucional” al imperante en los sistemas médicos a partir de su investigación de implantación de Programas Materno Infantiles (PROMIN) en la Provincia de Buenos Aires. Este “Orden” revela reglas enraizadas y obstáculos que intervienen en el espacio de la salud pública, y que conforman una arena de confrontaciones con factores culturales no debidamente abordados por la gestión. Se asocia con el ocultamiento de reglas ancladas y entre sus efectos se destacan la profundización de brechas institucionales preexistentes y los fracasos en la sustentabilidad de los Programas.

2.5 – MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO (MMH)

Según Menéndez y Di Pardo⁴⁸ el MMH es una construcción provisoria elaborada a partir de los procesos y las actividades médicas. Expresa un alto nivel de abstracción teórico-metodológica para comprender la racionalidad biomédica, medicina alopática o científica, y

46 Epele, M. “Lógica causal y (auto) cuidado. Paradojas en el control médico del VIH-SIDA” En *Cuadernos de Antropología Social*, U.N.R., 1997.

47 Frenkel, D.: “Una mirada institucional de las prácticas de gestión y atención de la salud” en CESS, n° 82, Rosario, 2002.

48 Menéndez, E. y Di Pardo, R: “De algunos alcoholismos y algunos saberes” CIESAS, México, 1996.

el funcionamiento de la ideología técnica dominante en el saber médico. Es un conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica que, desde fines del siglo S.XVIII, logró dejar como subalternos un conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado. De tal modo que el MMH refiere al saber médico “como un conjunto a la vez coherente y transformable de modelos teóricos e instrumentos conceptuales”. Sostienen estos autores que “el modelo sólo puede ser entendido en sus transformaciones necesarias en relación con la historicidad de las representaciones y de las prácticas, en un doble juego referido a la propia historia interna y a las transacciones establecidas con el saber de los conjuntos sociales estratificados... A veces, en el desarrollo de las sociedades capitalistas conviven varias prácticas y saberes de atención a la enfermedad, pero el MMH construye una hegemonía que intenta la exclusión ideológica y jurídica de las otras posibilidades de atención, lo cual en la práctica social se resuelve en procesos de transformación de las otras prácticas y saberes curativo-preventivos, que cada vez en mayor medida constituyen procesos derivados de las relaciones conflictivas y/o complementarias, constituidas a partir de la hegemonía obtenida por el Modelo Médico. Esta expansión es posible porque la organización social, ideológica y económico-política que impera sobre las prácticas médicas y sobre el conjunto del sistema tiende a generar, más que la exclusión de los otros saberes y prácticas (médicos), la apropiación y transformación de los mismos a partir de su subordinación ideológica y técnica al Modelo Médico”⁴⁹.

El MMH está caracterizado por rasgos estructurales: biologismo, ahistoricidad, a-socialidad, individualismo, a-culturalismo, eficacia pragmática, relación médico-paciente asimétrica, orientación curativa, exclusión del saber del paciente, tendencia a la medicalización de los problemas, identificación ideológica con la racionalidad científica, la salud-enfermedad como mercancía, tendencia a la escisión de la teoría y práctica, etc. Excluye o limita la incidencia y el reconocimiento

49 *Ibid.*

de la importancia de los factores económico-políticos y socioculturales en la producción y solución de los problemas de salud/enfermedad. El modelo organizado y dominante en Antropología Médica, sostiene Menéndez, demostró sus limitaciones y no pudo prever la mayoría de los cambios significativos que se dieron en el área salud/enfermedad, ni proponer alternativas respecto a los “nuevos” problemas que se iban configurando en nuestros países (tanto en lo referente al perfil epidemiológico como en lo referente a los diferentes sistemas de atención). Escotomizando la realidad, contribuyó a ocultar los determinantes estructurales, y de hecho sirvió como apoyo indirecto de las ideologías “aculturativas” y desarrollistas. “Si bien el saber biomédico, especialmente en algunas de sus especialidades y orientaciones, toma en cuenta los niveles psicológicos y sociales de los padecimientos, la biomedicina en cuanto institución tiende a subordinarlos o excluirlos respecto de la dimensión biológica. La dimensión biológica no es meramente un principio de identificación y diferenciación profesional, sino que es el núcleo de la formación profesional del médico. El aprendizaje se hace a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales y psicológicos son anecdóticos y no hay información sistemática sobre otras formas de atención”. Al señalar el peso del biologismo el autor no ignora sus aportes, ni el establecimiento de relaciones interpersonales por parte del personal de salud, incluidas la dimensión psicológica (no sólo en la relación afectiva con el paciente sino en la estrategia curativa y hasta diagnóstica), pero estas habilidades personales aparecen como secundarias desde la perspectiva de la biomedicina en términos de institución y de formación profesional.

Desde una perspectiva relacional y etnográfica, plantea tres “modelos médicos” básicos: el modelo médico hegemónico, el modelo alternativo subordinado y el modelo de auto-atención, centrando el análisis en los ejes de hegemonía/subalternidad existente entre ellos, con transacciones que suponen procesos de reapropiación y rearticulación generados desde los grupos subalternos. La importancia del último modelo –de auto-atención– se destaca por el rol que cumplen los grupos domésticos en el proceso de salud/enfermedad/atención;

el papel de la auto atención como estrategia de acción contra la enfermedad.

2.6 – PROCESO DE MEDICALIZACIÓN

La biomedicina se expande también a partir del proceso de medicalización que busca comprender la enfermedad y abarca toda una serie de episodios vitales que son parte de los comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos. A partir de este involucramiento, muchos acontecimientos ciudadanos pasarán a ser explicados y tratados como enfermedades (el alcoholismo, las adicciones, pero también la cirugía en los partos, la hiperkinesis en niños, la obesidad, etc). Al medicalizarse lo “anormal” como entidad categorizada, queda fuera del debate público y encerrada en un campo de “expertos”. La jurisdicción, en principio de la medicina, luego de la psiquiatría, ha sido una delegación de problemas en los cuales no siempre se han podido dar respuestas adecuadas. Además, estos saberes profesionales no son “neutrales”, sino que se inscriben en el “orden moral” de la sociedad. Como analiza P. Conrad, junto a sus dispositivos y categorizaciones como “tratamiento” o “enfermedad”, reflexiona sobre la diagnosis y tratamiento de la “enfermedad de la masturbación” propia del siglo XIX; se interroga acerca de la denominación de adicción a la heroína como una enfermedad, y no lo es, por ejemplo, la adicción al café (en 1960 la adicción a heroína y los delitos asociados a este consumo se convirtieron en un grave problema social; las formas tradicionales de control, como la cárcel o grupos de auto-ayuda formados por ex-adictos, fueron superados por el uso de metadona como tratamiento de la adicción, sustituyendo, irónicamente, una adicción por otra con grandes beneficios para la industria farmacéutica). Así el control médico puede utilizar métodos poderosos y a veces irreversibles para “tratar” los comportamientos anormales; con mecanismos tecnológicos de control social como fármacos psicoactivos, cirugías, intervención genética, etc.

En una circularidad de saberes, los sujetos y grupos asumen conflictos y padecimientos como enfermedad y además son racionalizados y buscarán respuestas a través de técnicas y concepciones

biomédicas. Así la biomedicina tiende a imponer en forma unilateral y omnipotente una mirada sobre los problemas, sin tomar en cuenta las resignificaciones, reacciones y acciones de los grupos o sujetos sobre los que actúa. La medicina alopática establece condiciones técnicas, sociales e ideológicas dentro de las cuales se desarrollan otros saberes y dimensiones del proceso s/e/a. Por otra parte, considerando que las adicciones pueden considerarse como una parte del fenómeno de auto-medicación, el proceso de medicalización, basado en el MMH, introduce el análisis de conflictos socio personales en la esfera del abordaje centrado en el biologismo y el individualismo, transformándolos en problemas médicos.

Al respecto, rescatamos a S. Wallace⁵⁰ cuando señala que desde la mitad del siglo XIX los avances en microbiología inducen a las corporaciones médicas a secundarizar las tradición higienista de la Medicina, culta y occidental, y ofrecer al Estado un sistema con bases en la eficacia (técnica y simbólica) que le garantizará una apropiación casi monopólica del campo de la salud/enfermedad no conocido antes (la competencia de otros tipos de “adivinos” y “pronosticadores”, sanadores, brujos o curanderos, etc. se lo había impedido). La eficacia simbólica adosada a la “receta” se afianzó, tanto simbólica como técnicamente con el desarrollo del modelo hospitalario, organizado en torno de la utilización de distintas tecnologías, entre las que el medicamento tiene un papel estratégico; en un todo articulado a ideologías “científicas” (del cartesianismo y el darwinismo, centralmente) que caracterizarán la “utopía moderna” o sea, la creencia en que el progreso basado en la ciencia será garantía de control del mundo natural y social.

C. H Browner⁵¹, en su discurso ante la Junta Anual de la Sociedad de Antropología Médica (Washington, en 1997), advierte también sobre la medicalización de la antropología médica, es decir, el estudio de entidades conceptualizadas por la biomedicina, como el cáncer, artritis, “estrés”, “síndrome pre-menstrual” o “depresión pos parto”, en la

50 Wallace, S. *Consumo de drogas y VIH-SIDA*; Bs. As., Edit. Eudeba-Lusida, 2000.

51 Browner, C. H. “*On the Medicalization of Medical Anthropology*”, Russel Sage Fundation, 1997(Mimeo).

medida que hay una tendencia sorprendente a que desaparezcan fondos para estudiar y enseñar Antropología y mucha presión política para el abandono de miradas sobre la diversidad cultural en la investigación médica: “Algunos de los peligros que veo en una antropología médica cada vez más medicalizada están atados a los riesgos de ‘volverse nativo’, aceptando sin sentido crítico las categorías y explicaciones biomédicas de la enfermedad”.

2.7 – HACIA UNA EPIDEMIOLOGÍA SOCIOCULTURAL

La Epidemiología (etimológicamente: *epi*: sobre; *demos*: población; *logía*: conocimiento, ciencia) es la disciplina que estudia la distribución de la salud y la enfermedad y sus determinaciones (factores, causas) en las poblaciones. Se ha estructurado sobre un trípode conformado por la Clínica, la Estadística y la Medicina Social. Desde el enfoque epidemiológico tradicional, se presenta información significativa que tentativamente define el contexto más probable sobre el cual es posible que se desarrolle una enfermedad. Se construyen indicadores y variables para definir casuísticamente tal contexto (poblacionales, medioambientales, étnicas, genéticas, laborales, ecológicas, etc.), principalmente dos indicadores de morbilidad, como la prevalencia y la incidencia (nº de casos afectados en un determinado período; y nº de casos nuevos; ambos sobre una población determinada). La epidemiología de una enfermedad también proporciona parámetros para determinar la importancia de una patología en particular en relación a su casuística (frecuencia de casos) y a la probabilidad de determinar una causa para tales casos. Pueden distinguirse tres “revoluciones” epidemiológicas:

- a.] relacionando cambios económicos y sociales de fines del siglo pasado y primeras décadas del siglo XX, con primacía de “estadísticas sanitarias”, para el análisis de causalidades de enfermedad. Con dominancia del concepto de “miasmas”, la causalidad estaba puesta en la noción de medio ambiente, higiene y condiciones sociales para la enfermedad (la medicina de los pobres, medidas de control de alcantarillas y hacinamiento humano, educación sanitaria) para bajar la morbilidad y

mortalidad de las enfermedades infecciosas (que se complementará luego, a partir de 1930 con la penicilina y aplicación masiva de vacunas, entre otros adelantos). El mejoramiento progresivo de la calidad de vida en general, a fin del siglo XIX, con disminución de la mortalidad infantil y femenina, fueron producto de la llamada “Medicina de Estado” en Alemania (salud para la mayoría de la población, política y policía médica del Estado); la “Medicina Urbana” en Francia, con énfasis en el mejoramiento de las condiciones de existencia e instrumentación de la categoría de “salubridad” como base material y social para asegurar salud a los individuos; y a partir de 1870, la “Medicina Social” inglesa, con distintos dispositivos como el cordón sanitario, la cuarentena, como método médico y política aislacionista, hospitalización y vigilancia generalizada;

- b.] la segunda “revolución” registra importantes avances en las enfermedades crónico-degenerativas: vasculares, cáncer, accidentes cerebro-vasculares. Aún con predominancia de la noción de “germen” y los cambios producidos en la vida cotidiana a finales del siglo XIX (laborales, alimenticios, ambientales), el modelo causal basado en la cuestión social desplazará su centro de gravedad hacia lo biológico, con énfasis en la microbiología y teoría de laboratorio, para el estudio de “enfermedades infecciosas”;
- c.] el momento actual lo constituye la reacción al enfoque biologicista, con una Epidemiología en búsqueda de una “caja negra” como respuesta a enfermedades “emergentes”, a problemáticas de salud mental (algunos autores consideran que en esta área se producirá la tercer “revolución” epidemiológica) ligadas a situaciones de desempleo y precarización, fragilización de los lazos sociales, violencia social y familiar, nuevas formas del padecimiento subjetivo, estrés, modalidades adictivas, etc.

Así, a partir de la década del 70 se produce un fuerte cuestionamiento a la Epidemiología clásica y su enfoque en lo individual de la enfermedad. A. C. Laurell señala que la Medicina no ha podido resolver los principales problemas del capitalismo, por lo tanto hay que buscar explicaciones en el mismo “proceso de trabajo”, ana-

lizando la enfermedad fuera de la esfera biológica, con aportes de los campos sociales y psicológicos. J. Brehil propone una “Epidemiología Crítica” con perfiles de riesgo y potencialidades; P. L. Castellanos plantea que la descripción de la situación de salud/enfermedad debe incluir la perspectiva del actor; N. Almeida Philo construye una “Epidemiología sin números” que atiende a la transdisciplinariedad, la complejidad, la praxis, y la pluralidad. Se instala así la búsqueda de una Epidemiología que estudie las formas de morir y enfermar, considerando la “naturaleza social de la enfermedad”, más que la “historia natural de la enfermedad”.

Fajreldin Chuaqui⁵² indica que la Antropología y la Epidemiología tienen como base a los conjuntos sociales —y no a individuos—; la Epidemiología los ha descrito frecuentemente en términos de agregados estadísticos; en cambio, la Antropología con su enfoque trata de no desagregar a los grupos dado que éstos son su unidad de análisis y expresan la articulación con los individuos. Una antropología sociocultural debe proponerse articular dos racionalidades, la de los conjuntos sociales y sus acciones, y la racionalidad de los diferentes curadores ante el objeto problema. La epidemiología, como herramienta de salud pública, tradicionalmente ha buscado el daño a la salud y el daño evitable. Dentro de esta perspectiva se ubica como una disciplina de la enfermedad en sentido poblacional; la epidemiología sociocultural busca interesarse explícitamente en la aplicación de los resultados de investigación a la solución de problemas colectivos de salud, lo cual implica la obtención de información posible de ser cuantificada, apreciada contextualmente; uso de técnicas cualitativas para la “carrera del enfermo”, y también comprender, evaluar e interpretar las acciones tendientes a aminorar los daños evitables a nivel colectivo. De tal modo que buscará replantear categorías como estilo de vida y riesgo, cuestionados por individualizantes y estigmatizantes.

La labor epidemiológica reducida simplemente al indicador de “grupo de riesgo” se articula no casualmente con el modelo preventivo, que con algunas modificaciones domina tanto en la práctica

52 Fajreldin Chuaqui, V.: “Antropología médica para una Epidemiología con enfoque sociocultural. Elementos para la Interdisciplina”. En *Ciencia y Trabajo*. Año 8, abril/junio, Chile, 2006.

médica de países capitalistas como en los socialistas de estado (Leavell y Clarck, propuesta de “Historia Natural de la Enfermedad”).

Dice E. Menéndez que en la práctica médica la enfermedad es en primer lugar un hecho natural, biológico, y no un hecho social, histórico; la enfermedad evoluciona y no tiene historia, conjugándose con los rasgos estructurales del MMH, como la a-historicidad que caracteriza a éste último. La Epidemiología tradicional, trabaja con series históricas de corta duración, modalidad que se dice que es producto de la desconfianza en la veracidad de los datos y de la necesidad de explicar los procesos actuales y solucionarlos. Sin negar la validez parcial de estas afirmaciones, el autor cree que ese trabajo evidencia el dominio de una concepción según la cual lo biológico no tiene historia; así, es considerado una constante con una alta autonomía respecto de las posibles determinaciones sociales. La vigencia de este enfoque evita justamente poder verificar la importancia de los procesos no biológicos. De ese modo, tanto dicho rasgo como la a-historicidad conducen a una epidemiología recurrentemente coyuntural. La ignorancia de las series históricas largas impide articular los procesos históricos que operan y que no pueden agotarse en la coyuntura, por más urgente que esta sea, en su necesidad de encontrar soluciones.

La Epidemiología sociocultural trata de evidenciar lo social y cultural en la configuración de la singularidad, atendiendo a la historicidad de la construcción social de la enfermedad y de dinámicas políticas sobre el control social de las poblaciones. Reflexiona sobre el sistema médico y sus dos grandes subsistemas: sistema teórico de la enfermedad y sistema de cuidado de la salud; su vínculo con la Salud Pública, como instrumentos de programas de educación para la salud, incorporando el enfoque cultural en la Gestión y Evaluación de Acciones, reposicionando categorías teóricas, dispositivos, metodologías y nuevos actores sociales como a la ciudadanía.⁵³

53 Las vicisitudes de construcción de un Programa de epidemiología de adicciones en la salud pública municipal, que presentamos en la parte II, muestran la complejidad y desafío de este enfoque, a cuestiones políticas (el poder en las instituciones de salud, contradicciones de paradigmas en drogas, dilemas, falta de estrategias de complementación intersectorial); el contexto sociocultural y significados del consumo de sustancias tóxicas, lineamientos de salud mental y capacitación de los profesionales, organigrama de trabajo en función de la problemática; superposición de nomenclado-

2.8 – CRÍTICA AL ENFOQUE DE RIESGO Y “ESTILO DE VIDA”

Durante el siglo XX el uso del concepto de riesgos se fue haciendo presente en los estudios de Salud Pública, bajo los supuestos de que aquellos permitirían conocer qué aspectos del ambiente o del estilo de vida de los sujetos, o de un grupo específico deben ser “controlados” o transformados para disminuir riesgos presentes, con enfoques preventivistas y de multicausalidad del proceso. Las enfermedades transmisibles, específicamente las transmitidas por vector, ETV, las infecciones de transmisión sexual ETS, donde se puede ubicar el VIH-SIDA, de gran complejidad bio-psico-social, a lo largo de la historia social han sido objetos privilegiados de “intervenciones” y monitoreo epidemiológico como prácticas de riesgo. El “enfoque de riesgo” es un método en Epidemiología que identifica “grupos vulnerables” y busca aportar a la “percepción de riesgo” de una comunidad. Mientras que el “daño” muestra todo tipo de alteración de la salud; el “estilo de vida” lo constituirían las formas o procesos según los cuales cada individuo participa en una sociedad e interacciona y se adapta al medio físico-social, económico, reflejando los valores que resulten de ese proceso. Instalado en el salubrisimo, el riesgo, de valor denotativo, se liga al concepto de “estilo de vida” con una impronta marcadamente individualista. Si bien este concepto logró ampliar la mera visión biológica en la noción de salud, visibilizando el vínculo entre lo social y la salud del individuo, queda en la práctica ubicado en la singularidad. Así, los estudios epidemiológicos que asocian la noción de riesgo en función de rasgos de personalidades muestran disonancias cognitivas o carencia de información.

Desde una Antropología Crítica los “hábitos”, no serían “responsabilidad” de los individuos; por ende, no pueden ni deben pretender ser modificados a este nivel. Los mensajes de programas de promoción de la salud no garantizan la adhesión automática de los sujetos, tanto en el ámbito de lo conductual (lo que las personas hacen) o cognitivo (lo que las personas piensan)⁵⁴. “Desagregar a los conjuntos sociales

res, falta de notificación, no disponibilidad de los resultados por parte de los servicios de salud, etc.

54 Fajreldin Chuaqui, V., *Op. Cit.*

en individuos seleccionados aleatoriamente, supone no asumir que dichos individuos se definen como tales a partir de las relaciones establecidas dentro de sus grupos y que además la mayoría de dichas relaciones no son aleatorias. El riesgo está en que tal fragmentación, por muy operativa que sea, produce el efecto contrario al que se desea, cual es la comprensión integral del proceso salud/enfermedad/atención”. Retrabajando a Menéndez, plantea la autora que la estrategia epidemiológica de estandarizar los rasgos que observa para compararlos, reduce y elimina diferencias, en especial las socioculturales, y los instrumentos utilizados no incluyen al sujeto ni su experiencia de enfermedad –*illness* o padecimiento–, esfera que sí es propia del enfoque de la Antropología Médica Crítica.

¿Sociedad de riesgos o sociedad sin protecciones sociales?

Consideramos que, desde la sociología, R. Castel⁵⁵ y A. Giddens⁵⁶ enriquecen este punto. El primero considera que los sistemas de producción de seguridad clásicos se han debilitado, por lo cual hay una “nueva generación de riesgos” o al menos de amenazas sobre la civilidad como tales: riesgos industriales, tecnológicos, sanitarios, naturales, ecológicos, etc. Hoy, estar “protegido” es estar en condiciones de hacer frente a los principales riesgos de la existencia, este “seguro” parece estar doblemente en falta: por el debilitamiento de las coberturas “clásicas”, pero también por un sentimiento generalizado de impotencia ante nuevas amenazas que parecen inscriptas en el proceso de desarrollo de la modernidad. Considera que se puede plantear como hipótesis que la actual frustración acerca de la seguridad contemporánea se alimenta de esta doble fuente. Dice el autor que afirmar que vivimos en una “sociedad del riesgo y peligro” extrapola y hace discutible la noción misma; un riesgo en el sentido propio de la palabra es un acontecimiento previsible, cuyas probabilidades de producirse pueden estimarse, así como el costo de los daños que provocará (ser indemnizado, mutualizado). El seguro ha sido la gran tecnología que permitió el control de los riesgos, repartiendo los efectos en el seno de los co-

55 Castel, R. *La inseguridad social ¿Qué es estar protegido?* Manantial, Bs. As., 2004.

56 Giddens, A. *La modernidad e identidad del yo*, Barcelona, Península, 2001.

lectivos de individuos vueltos solidarios frente a diferentes amenazas posibles. La generalización de la obligación de asegurarse (que implica la garantía del Estado) ha sido la vía regia de la constitución de la “sociedad aseguradora”: una sociedad en la cual el conjunto de los individuos está amparado (asegurado) sobre la base de la pertenencia a grupos (de trabajo, etc.) cuyos miembros aportan para repartir el costo de los riesgos. Pero el doble pacto –civil y asociado– hoy está amenazado. Por un lado, la demanda de protección sin límites de naturaleza tal genera frustración. Por otro, una serie de transformaciones erosionan profesionalmente los diques levantados por el Estado social. Individualización, declinación de las organizaciones colectivas protectoras, precarización de las relaciones de trabajo, proliferación de “nuevos riesgos”, profundizan la “inseguridad social” de manera tal que se propone defender el Estado de derecho y salvar el Estado social, aún en una modernidad imposible de ser pensada sin el poder del “mercado” y la categoría de “trabajo” como variable de ajuste.

Cuestiona a A. Giddens cuando habla de “cultura del riesgo”, pues significa que se han vuelto más sensibles las nuevas amenazas que genera el mundo moderno y que se multiplican, efectivamente, producidas por el propio individuo a través del uso descontrolado de las ciencias y las tecnologías, y de una instrumentalización del desarrollo económico tendiente a hacer del mundo entero una mercancía.

El enfoque de Giddens caracteriza a la “modernidad reciente” como una época en donde la vida se desarrolla en medio de “cambios y riesgos”, como un sistema combinado e inevitable para el dominio de la naturaleza y la elaboración de la historia. Este sistema de la “cultura del riesgo” se presenta como un aspecto cultural de la modernidad en que la conciencia de estos riesgos constituye un medio de “colonización del futuro”, imponiendo un control en el mundo social que se infiltra en la casi totalidad de las acciones, supliendo al “destino”, a las voces de los oráculos, a las fuerzas y providencia divina y a la “Fortuna” del mundo medieval. El cálculo de riesgo se lleva en la “conciencia práctica”, pero la coraza protectora de la confianza básica bloquea los elementos perturbadores y da a la modernidad una “apariencia normal”.

La modernidad se constituye entre el riesgo, la confianza y la coraza protectora. De allí que dicha “apariencia normal” es exhibida interactivamente entre individuos y rutinas a las que se atienen, en espacios temporales de vida diaria, y hacen a la vida “normal” y “predecible”, ya sea en el cuerpo como en la articulación de intereses y proyectos individuales. Para poder existir, el individuo tiene que existir “encarnado”, como señala Goffman⁵⁷, y la carne —que es el yo corporal— debe ser conservada y asistida constantemente en el espacio y en el tiempo que incluye a la inmediatez. Es el cuerpo el sometido a riesgos permanentes, siendo también parte de un instrumental y puesto constantemente en juego. La aparente “intrascendencia” de la vida diaria es el resultado de una “vigilancia” entrenada, generada por la larga escolarización y por la coraza protectora que presupone toda acción regular. A. Giddens justifica la presencia en nuestra sociedad de formas de intervención tecnológica para control de la “naturaleza”. Ellos son los sistemas abstractos en la forma de representaciones simbólicas; y los “sistemas de expertos” como conjuntos encarnados de conocimientos especializados que dependen de reglas de procedimiento normatizadas para su transferencia. Estos sistemas abstractos y de expertos tienen implicancia en la vida de los sujetos, dado que provocan delegación de saberes, pérdida de destreza, de puestos de trabajo y en algunos sectores de la vida social, socava formas de control local, generando una mayor fragmentación. La introducción de “siste-

57 Goffman, E. “Relations in Public”, citado por Giddens, A. *op. cit.*; Giddens retoma de Goffman la noción de “*Umwelt*”, definiéndola como el “*núcleo de normalidad consumada*” que rodea a los individuos y a los grupos; no siendo sólo el entorno físico inmediato, sino extendiéndose en indefinidos caminos de espacio y tiempo. La noción puede corresponder al “*sistema de pertinencias*” de Schutz que enmarca la vida individual. En las circunstancias de la modernidad, de las que fortuna ha quedado considerablemente relegada, el individuo disocia en general el *Umwelt* en acontecimientos buscados y adventicios. A diferencia del paranoico, el individuo normal cree que ciertos momentos decisivos de su propia vida no son resultado del destino, sino de malas interpretaciones o de errores. En la mayoría de los casos de interacción, la persona supone que los demás co-presentes no desean aprovecharse de su sustrato normal. La *coraza protectora* es un *manto de confianza* que posibilita el mantenimiento de un *Umwelt* viable. Sustrato de confianza en un mundo rutinario, no accidentado. La excitación de asumir riesgos buscados se alimenta de ese “coraje para existir” que aparece en las primeras etapas de socialización.

mas abstractos” de la modernidad en la vida cotidiana y la recurrencia a “expertos” (ingenieros, médicos, psicólogos, juristas, etc.) es el resultado de vivir en un “mundo de riesgos” con posibles consecuencias graves, con una anulación de antiguos saberes comunitarios que implica la “delegación” en las profesiones y en los sistemas abstractos para organizar y desenvolverse en la vida cotidiana. Esta transferencia del poder, por ejemplo, en el desarrollo de la medicina profesional ha conducido a una “criba” del conocimiento y de las destrezas curativas poseídas en otros tiempos por muchos “no profesionales”, aunque la especialización propia del conocimiento de los expertos significa que también ellos pueden ser legos en otras materias. Como resultado de los procesos de reapropiación se abre un espacio indefinido, indeterminado, entre las creencias y la práctica de los “no profesionales” y el ámbito de los sistemas abstractos.

2.9 – SALUD PÚBLICA (SP)

Se alude a aquel campo construido históricamente. En un nivel general se refiere a la relación entre la población y los sistemas y servicios de salud “regulados” por el Estado. Incluye procesos político-jurídicos, teórico-técnicos e ideológico-culturales, así como también procesos e instituciones de formación de recursos humanos. Así, el campo de la SP está constituido por un conjunto de sistemas regulados de atención médica, instituciones formativas de producción de conocimientos y de recursos humanos, organizaciones, etc. Los conjuntos sociales se incluyen en el campo tanto como usuarios como en instancias de participación. Según S. Belmartino⁵⁸ es un campo instituido a partir del siglo XIX, en Europa y América, en contextos particulares, en el marco de la emergencia de los Estados Nacionales. En su construcción intervienen: a) procesos económicos concretos de consolidación, acumulación y expansión del modelo de acumulación capitalista; b) procesos político-jurídicos vinculados con la regulación de las poblaciones, atravesados por relaciones de poder específicas entre diversos actores sociales; c) procesos ideológico-culturales que

58 Belmartino, S.: “Fundamentos históricos de la construcción de la relación de poder en el sector salud”. En: *Centro de Estudios Sanitarios*, OMS/OPS, 1991.

abren reflexiones sobre el modo de pensar la vida social, las relaciones con la naturaleza, la búsqueda de regularidades específicas, la concepción positivista de ciencia.

J. C. Escudero⁵⁹ plantea la necesidad de hablar de “Salud Popular” para nuestro país, utilizando distintas categorías analíticas, integrando aportes de diferentes disciplinas (del psicoanálisis, la pulsión de muerte individual y colectiva; de la biología y la ecología, algunas categorías que tienen que ver con la patología colectiva de las poblaciones). “Salud Popular” para decir “Salud Colectiva”, superando dificultades de una “salud para individuos”, con políticas para toda la población, donde se busca la alta calidad promedio y la equidad, aunque esta contradicción sea quizás irresoluble. ¿Cuál es el paradigma vigente hoy? El autor contesta que son dos; uno fuerte factualmente pero ideológicamente cada vez más débil, el paradigma del Banco Mundial; y el débil pero que alguna vez fue fuerte, y con deseo de “...que sea fuerte de nuevo, es el planteo de una salud no mercantil, universal, constructora de ciudadanía, pagada por rentas generales, con control popular, con atención primaria, etc., etc. Estos serían los dos paradigmas que están navegando en este momento, ya que el de la salud asociada al trabajo estilo Obras Sociales o Seguro de Salud está en vías de extinción, por una serie compleja de razones”.

2.10 – ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD (APS)

Desde la Segunda Guerra Mundial hasta principios de los años 80, la Organización Mundial de la Salud era un punto de referencia importante para aquellos integrantes de la comunidad internacional comprometidos con la salud y el bienestar de la población. Durante la posguerra, la OMS se sumó al consenso dominante en la comunidad internacional según el cual el gobierno y el sector público eran los encargados de guiar las actividades económicas y sociales, y de corregir las desigualdades sociales creadas por unas tendencias de mercado descontroladas. Este papel activo del sector público dio lugar al es-

59 Escudero, J. C., Médico sanitarista y sociólogo argentino, ex investigador de la Organización Mundial de la Salud, docente de la Universidad de Luján en la actualidad.

tablecimiento de los “estados de bienestar” en los países del primer mundo, además de plantar las semillas para acabar con el “subdesarrollo” en los países considerados en vías de “desarrollo”.

El momento cumbre de la OMS de aquellos años tuvo lugar cuando la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la declaración de Alma-Ata, en Rusia, 1978, en la que se proclamaba que la salud exigía un enfoque de salud pública que fuera mucho más allá de las intervenciones médicas. A esta declaración le siguieron muchas propuestas específicas que subrayaron los factores sociales, económicos y políticos que resultaban determinantes para la salud. La aprobación de la declaración de Alma-Ata fue un gran paso adelante hacia la redefinición de las intervenciones sanitarias que son necesarias para mejorar las condiciones sanitarias y sociales de la población.

En los años 80 el clima político mundial cambió con la llegada de la “revolución” neoliberal, que trajo consigo un debilitamiento del sector público y una consolidación de las fuerzas privadas que siguió los dictados del mercado. La revolución neoliberal en el sector sanitario ha llevado a reducir el gasto público y social, a liberalizar los mercados laboral y financiero (banca y seguros), privatizar los servicios sanitarios, dismantelar los servicios sanitarios financiados y sostenidos con fondos públicos y priorizar los seguros médicos. Éstos son los nuevos instrumentos para responder a las necesidades de la población. Los pacientes se convierten en “clientes” y la prestación de servicios se reemplaza por la competencia privada y el mercado. La revolución neoliberal también trajo consigo el abandono del enfoque social y salubrista, exceptuando las medidas de salud pública que se concentran en el cambio del comportamiento del individuo. Estas prácticas neoliberales han sido promovidas enérgicamente por los gobiernos de EE UU y el Reino Unido (que generaron el “Consenso de Washington”) y por las agencias internacionales sobre las que estos gobiernos tienen una enorme influencia: el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial, la Organización Mundial de Comercio y, claro está, la Organización Mundial de la Salud.⁶⁰

60 Navarro; V. “¿Qué está ocurriendo en la organización mundial de la salud? la próxima elección del director general de la OMS”, traducción de B. Aragoncillo Cascón y B.Cruz Oliva. ALAMES, 2007.

El sector Salud, desde una perspectiva antropológica, es un dispositivo que pone en juego las prácticas médicas, la gestión y los conjuntos sociales en el campo de las políticas. Las problemáticas prioritarias que se desenvuelven en el proceso de salud/enfermedad/atención requieren de un enfoque metodológico que aborde las relaciones de eficacia y eficiencia, de dominación y subordinación, que se desenvuelven como respuesta a los problemas de la enfermedad.

Si bien a nivel manifiesto es una obviedad aceptada en el más rígido modelo, la “asunción radical”⁶¹ llevaría a consecuencias metodológicas que cuestionarían la hegemonía del modelo médico, por lo cual en la práctica (la unidad que se mantiene escindida) opera la secundarización de los conjuntos sociales. El factor determinante está puesto en el proceso curativo y/o preventivo radicado en las actividades médicas. “De hecho la unidad práctica médica/conjuntos sociales se constituye en función de objetivos aparentemente comunes: curar y prevenir, donde cada uno adquiere un rol específico que se supone está determinando por las habilidades técnicas desiguales. Esto aparece como un dato obvio, que en la medida que no se cuestione, que no se lo piense y programe no dará lugar realmente a la incidencia positiva en la actividad de atención primaria”. Dice este autor que si en la década del 60 y 70 se cuestionaba la medicalización y la psiquiatrización-psicologización creciente en la sociedad, esta discusión sigue vigente respecto a la participación de los conjuntos sociales en una estrategia de APS, que no implica disminuir la responsabilidad del Estado, sino supone la posibilidad de constituir alternativas que puedan demandar al Estado medios “administrados” por los propios conjuntos sociales.

2.11 – SABER PROFESIONAL

E. Menéndez y Di Pardo⁶² hacen el análisis de los saberes en salud, con hegemonía de la biomedicina que enfatiza la actividad del personal no como un trabajo sino como una práctica profesional y

61 Menéndez, E. “Algunos comentarios sobre la práctica médica en relación con la atención primaria de la salud”. En *Rev. Salud y Sociedad*, nº 16, año 5. 1988.

62 Menéndez, E. y R. Di Pardo. “De algunos alcoholismos y algunos saberes”, *op.*

técnica ligada directamente con la producción de conocimiento científico. Ambas representaciones tienden a reducir la importancia de los factores institucionales en todo el proceso de formación y de trabajo médico, lo que conduce a construir una identificación propensa a negar las consecuencias de los condicionamientos institucionales sobre sus representaciones y prácticas técnicas. Si bien cada profesional tiene una potencialidad para intervenir con matices diferenciales que expresan, simultáneamente, al sujeto y a las instituciones donde trabaja, la representación médica tiende a enfatizar las características subjetivas del saber médico, acentuando los rasgos diferenciales y opacando la estructuración institucional de sus prácticas y representaciones.

De esta manera, el saber médico enfatiza las características que estructuran y confirman a sus representaciones de auto identificación profesional. Para los autores “la cuestión central” radica en reconocer la importancia de los procesos institucionales sobre las prácticas y representaciones profesionales, y en asumir que gran parte de la actividad médica es trabajo rutinizado, organizado por pautas administrativas y por un comportamiento de rol que condiciona la intervención individual. En términos de organización del trabajo profesional, de ideología técnica, así como de mecanismos de legitimación de su hegemonía, la profesión médica presenta, como toda profesión, tendencias estructurantes que remiten la concepción–intervención individual al conjunto del que forma parte.

Por otra parte, estos autores observan que existe un proceso “dual”, un sistema de representaciones y prácticas que opera a través de todos los pasos básicos del trabajo médico. Por un lado, el saber médico requiere producir estas representaciones y prácticas técnico-ideológicas a partir del rol técnico que necesita recuperar el propio médico. Por otro lado, su intervención profesional requiere de la legitimación técnica diferenciadora y del establecimiento de un campo común de reconocimiento y de acción con los pacientes. Señalan que el saber médico evidencia una recurrente ineficacia respecto a determinados problemas o padecimientos –guiados por una serie de características que dificultan la orientación de la interpretación y la acción médica– a los que no puede definir con precisión y que no puede controlar

ni solucionar (curar-prevenir) en términos técnicos. Todo médico es atravesado por las representaciones en las prácticas y técnicas que utilizará profesionalmente, a través del aprendizaje formal e informal de discursos instituidos en las instituciones médicas, y por lineamientos de la gestión que subrayan las condiciones del conocimiento profesional. De esta manera, dicho saber se “carga” de una “objetividad” diferencial, apropiándose de un saber ya constituido al que modificará en parte, pero dentro de los límites institucionalizados.

Ahora bien, ese saber sobre la salud —y especialmente el saber médico— se constituyó como hegemónico en la época en que la actividad médica estaba centrada en el consultorio privado, en la época en que la actividad médica era una profesión liberal; por lo tanto, las representaciones tendían a definir el saber médico de acuerdo a las características de cada sujeto más que por el campo profesional. El concepto de “representaciones” —de gran desarrollo en Psicología— se aplica aquí desde la perspectiva socio antropológica, por lo cual el saber y las prácticas de los trabajadores de la salud están anclados en representaciones y prácticas técnico-ideológicas a partir del rol técnico que necesita representar el profesional.

Haro Encinas pone de manifiesto que todos los sistemas asistenciales y terapéuticos necesitan del concurso de las habilidades del auto cuidado/auto atención para el funcionamiento de todas las formas de atención de la salud, en tanto que requieren de la colaboración y confianza de los usuarios para mantener la eficacia práctica y simbólica que implica todo proceso de curación. Por ello, la definición mínima del concepto de profesión permitirá dejar fuera del ámbito del cuidado lego el ejercitado por los practicantes de las diversas medicinas alternativas, quienes ciertamente pueden ser considerados también profesionales —en este caso alternativos—, aún cuando no hayan recibido certificación universitaria, ya que cuentan con el reconocimiento comunitario en su rol de terapeutas. Sin embargo, se conserva el término de “atención médica profesional” por no encontrar mejor modo de referirse a las prácticas biomédicas, en tanto permite remitirse a un uso conceptual coloquialmente aceptado —aunque etnocéntrico— y que es el referido a las prácticas ejercidas por los profesionales médi-

cos y de la salud adscritos a la Medicina, que sí poseen certificación universitaria.

Por último, desde el campo de una “Antropología de las profesiones”, sub-disciplina escasamente desarrollada en nuestro país, destacamos el trabajo de M. Schapira⁶³ referido a la investigación del proceso de profesionalización de la Odontología en Argentina. En la misma, indica la autora que la ausencia de estudios de las profesiones se hace evidente en “lo que respecta al conocimiento de las condiciones de emergencia, desarrollo, consolidación, crisis, transformaciones posibles de las profesiones del campo de la salud”, que concibe como parte del proceso de salud/enfermedad/atención. Recupera antecedentes vinculados a la profesión médica, en “... la identificación de mecanismos demarcatorios de exclusión, subordinación, hegemonía y usurpación, que los grupos profesionales despliegan hacia otras profesiones y ocupaciones, con el fin de asegurarse una jurisdicción exclusiva, en el marco de históricos particulares”. Señala la autora que: “... conceptos tales como el de la naturaleza del campo, la flexibilidad de sus fronteras, la existencia de espacios subordinados, la dinámica de los conflictos, los movimientos de exclusión, de definición de pertenencias, y la creación de monopolios, constituyen herramientas analíticas de enorme valor en el problema de las profesiones; estos movimientos concebidos como pugnas de intereses, se orientan a imponer una definición de la práctica legítima tanto a los agentes incluidos o excluidos del campo, como al público consumidor o usuario”.

Retrajando a P. Bourdieu, la autora recupera la noción de *habitus* entendido como “sistemas de disposiciones durables y transferibles, estructuras y estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir como principios generadores y organizadores de prácticas y de representaciones que operan como bisagra entre lo social y historicidad del agente expresada en lo subjetivo y personal y amplían la capacidad explicativa de las prácticas como estrategias; implican el desarrollo de líneas de acción socialmente inteligibles en defensa de ciertos intereses sin que esto signifique un recurso exclu-

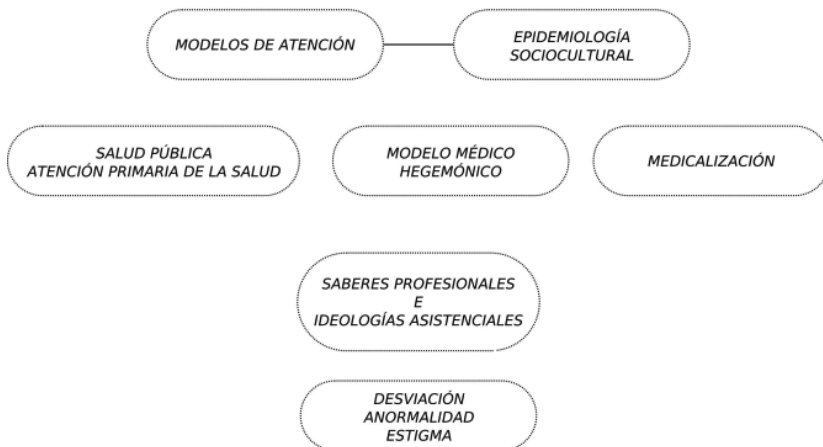
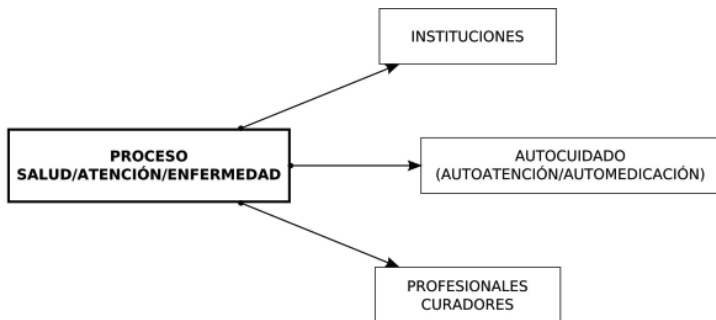
63 Schapira, M. *La odontología en Argentina-del curanderismo a la consolidación profesional*, Rosario, UNR, 2000.

sivo a la reflexión consciente. Siguiendo con el autor: “Los agentes del campo tienen ‘estrategias’ que muy pocas veces se fundamentan en una verdadera intención ‘estratégica’. En tanto sistemas de disposiciones, los *hábitus* actúan como esquemas de percepción capaces de estructurar y otorgar sentido a las prácticas sociales desplegadas en un campo determinado que facilita su emergencia y a la vez las limita.”

En relación a las experiencias y el recorrido institucional de pacientes con VIH-SIDA, S. Margulis⁶⁴, en la conferencia central del 8º Congreso de la Salud, organizado por la Secretaría de Salud Pública de Rosario, se refiere a los “malentendidos de la atención” resignificándolos como “malentendidos de la cura”, para designar las dificultades que la medicina actual tiene en sus respuestas a los padecimientos en términos no sólo de enfermedad sino también de vida, es decir, en términos de respuestas significativas en contextos cotidianos. La exposición estuvo centrada en el eje empírico de experiencias y análisis institucional a partir de los recorridos de los pacientes con VIH-SIDA desde el año 1994. Desde una perspectiva etnográfica, plantea que las vicisitudes de los procesos de atención parecen depender más de la traza azarosa de transacciones entre los distintos actores (pacientes, médicos, enfermeros, administrativos, pequeños comerciantes, etc., cada uno de los actores que intervienen en el mundo del hospital público) que de esquemas organizativos estandarizados, por lo que la demanda de consumo de servicios se transforma en una “odisea”, una especie de carrera de obstáculos que contribuyen a desalentar a los sujetos sociales, una trama de suspicacias frente a un eventual juego de engaños.

En la experiencia de investigación que se presentará en la sección II, se busca describir la existencia de un sistema de salud que incorpore a la Salud Colectiva la atención de los padecimientos de los usuarios de drogas; la conceptualización de dicho uso, junto a las representaciones y prácticas presentes en la organización de los servicios de salud; la inclusión de saberes y estrategias de autocuidado, junto a la accesibilidad de familiares de los consumidores a estrategias de prevención y atención respecto al constructo “drogas”.

64 Margulis, S.: Conferencia en 8vo. Congreso de la Salud en el Municipio de Rosario, Septiembre/1999.



“LEGALÍCENLA”: Letra de canción
Grupo “Viejas Locas”(Argentina)

Hubo tiempos de guerra, tiempos de paz
hubo tiempo en que era ilegal
Pero hermano nuestra mente cambió
y hoy no podemos seguir con esa tradición,
Son tiempos de cambio y el tiempo al mismo tiempo cambió
si hasta la terrible ley cayó.

Legalícenla...

Vos tenés conciencia de saber,
qué está bien y qué está mal
la policía debe llevarte si robás o asesinás
pero no entiendo porque no estoy en libertad
sólo por fumar la hierba de la paz.

Legalícenla...

Si mis cigarros tienen otro relleno por que me miras mal
si de la tierra crece hierba santa,
por qué no la puedo fumar.
Pagamos precios y riesgos muy caros para conseguir
lo que la Naturaleza nos da nadie nos debería prohibir
Yo canto esto para que me escuchen y se den cuenta
que hay mucha gente que no quiere estar presa
por fumar hierba.
Somos una nueva raza, una nueva generación,
Pongamos fin a esta tradición

Legalícenla....

- CAPITULO 3 -

ANTROPOLOGIA Y DROGADEPENCIA:

EL RELOJ DE ARENA DE LAS DROGAS

“En principio debe subrayarse que tanto el desentendimiento como la ineficacia respecto del alcoholismo han sido una constante del modelo médico hegemónico desde la institucionalización de éste y pese a ello, lo paradójico es que este modelo sigue apropiándose de la problemática y el tratamiento antialcohólico”.

E. Menéndez (1990)

Como punto de partida se considera al consumo de “drogas” (los productos psicotrópicos agrupados bajo este término, legales o “ilegales”, institucionalizados o no) como una práctica social multidimensional y compleja, que interpela los discursos de las disciplinas hegemónicas y del imaginario social en la dicotomía del campo de la “delincuencia” o de la “patología”. Construido el “tema de las drogas” como objeto de preocupación social, reclama éste una intervención de la sociedad ante su catalogación como “alarma social”. Al focalizarse la “droga” como problema social, ésta ha adquirido una entidad muy específica, desconocida hasta entonces y con características y procesos muy particulares en las sociedades actuales. En forma maniquea se insiste en identificar esta problemática como “causa principal” de otras preocupaciones mundializadas, como la violencia y la inseguridad⁶⁵, marcándose un viraje sustancial en la relación con los usos que los grupos y sujetos establecen con ellas.

65 Ariel, A. “Prevención y Psicoanálisis - Supervisión de la función parenteral”. Mimen de Conferencia PSM, de la SSP, año 2000, Rosario.

M. Epele dice que los aparentemente erráticos e irracionales cambios en la práctica de consumo de drogas en determinados conjuntos poblacionales se corresponden tanto con complejas transformaciones estructurales (económicas, culturales, políticas, legales) como con procesos locales vinculados a la estructura y organización de las redes sociales de uso y venta de drogas, las estrategias legales e ilegales de supervivencia, los niveles de marginación. Analiza las nociones de “trauma” y “experiencia traumática”, tal como han sido presentadas en diferentes disciplinas psicológicas y sociales y las relaciones con las diversas clases de violencia y sus potencialidades para el estudio del sufrimiento social en los usuarios de drogas por vía inyectable: “... la culpa, el odio, las pérdidas de sentido y de proyecto de vida, como dominio de los afectos asociados con las experiencias traumáticas para las usuarias de drogas se encuentran no sólo internalizados sino encarnados y corporizados, con lo que se dificulta la posibilidad de revertir las condiciones de vida a las que se hayan sometidas” ... “la cronificación y reproducción creciente de situaciones traumáticas ligadas a la profundización de la marginalización social, van cubriendo progresivamente todas las áreas de la vida cotidiana y se transforman en un daño que tiene consecuencias más o menos permanentes, debido no sólo a los problemas de salud asociados al consumo, sino también a la internalización de la culpa y de la individuación de la responsabilidad”⁶⁶.

Así, el concepto de “trauma” y las experiencias traumáticas iluminan dimensiones de sufrimiento social, omnipresentes entre los usuarios de droga que viven bajo condiciones de marginación, y que pueden pasar desapercibidas desde una perspectiva teórica más restringida. Señala que “influyendo sobre los procesos de construcción de la personalidad social desde la niñez, esta cronificación del trauma y de internalización de sus consecuencias, permiten interpretar desde

66 Epele M. “Violencias y traumas. Políticas del sufrimiento social entre usuarios de drogas”, *Cuadernos de Antropología Social* n° 14. U.B.A. 2001 y “La construcción de lo psíquico en la institucionalización del VIH-SIDA”, en *II Reunión de Antropología del MERCOSUR*, Piriapólis, 1997, donde analiza precisar el lugar de los “pacientes” en los discursos, relacionando el determinismo inconsciente dominante en algunas prácticas analíticas en el papel de la construcción de “lo psíquico como categoría integrante del proceso de atención de la salud-enfermedad”.

otra perspectiva las múltiples clases de violencia registradas en la vida cotidiana, específicamente a las que las usuarias de drogas por vía inyectable se encuentran sometidas”.

Dentro del “área de investigación sobre el uso y abuso de drogas” y su relación con la vulnerabilidad de VIH, los antropólogos han demostrado cómo la marginación socio-económica, los procesos políticos-legales, la discriminación y la pertenencia a minorías étnicas, influyen y condicionan tanto el consumo como la participación en la denominada economía de la droga. Por otra parte, denota las limitaciones que supone la aplicación de un diagnóstico psiquiátrico en fenómenos sociales complejos como lo es el uso y abuso de drogas; el consumo de sustancias psicoactivas bajo condiciones de extrema marginación socio-económica puede ser considerado como un escenario caracterizado por la cronificación del trauma, aún entre aquellos usuarios que viven y sobreviven de la economía ilegal de la calle. Se interroga, buscando un esclarecimiento para lineamientos en trabajos futuros, acerca de cuáles son las relaciones entre el uso recreativo y el paliativo de sustancias y si es posible inscribir el placer y los comportamientos orientados a su obtención dentro de la economía de la calle.

De tal modo que si se busca la comprensión del fenómeno se hace necesario articular saberes y representaciones sociales que intervienen en la “construcción social del problema droga”, desde su inicio como práctica social a delito-enfermedad, los juegos de paradigmas, mecanismos de control, la judilización y medicalización de esta práctica de consumo, estereotipos y dilemas acerca de las políticas de intervención en drogas, y el papel del cuidado lego de la salud, “dimensión negada” desde el poder mistificador biomédico, contextos institucionales y locales que estalla en la problemática de la drogadependencia.

El padecimiento por uso de sustancias psicotrópicas se inscribe en una red de significados propia de la “jaula elástica de la cultura”⁶⁷, por lo que su aproximación conceptual devela una arena de conflictos y contradicciones, al igual que muchos actos de intervención y su consecuente legitimación como estrategia y control social, sin cuestionar conceptos, estereotipos y prejuicios estigmatizantes.

67 Geertz, C. *La interpretación de la cultura*, Méjico, Gedisa, 1987, Cap. 1.

3.1 – POLISEMIA SOBRE EL CONCEPTO DROGAS

Definida la “droga” como el “consumo de los consumos”⁶⁸, como fenómeno plural es expresión de malestar social, dificultándose su abordaje por las diferentes construcciones en las que se confunden perspectivas legales, económicas, sanitarias y socioculturales. Como “problema social”, las drogas se inscriben en un mundo de significados y sentidos dentro de un determinado contexto cultural. Sustancias químicas que se incorporan al cuerpo con capacidad de modificar las funciones de éste, pero cuyos efectos y consecuencias estarán condicionados por definiciones sociales, económicas, culturales, que se generan en la propia red de los tejidos sociales; contexto en que se expresan prácticas y saberes normativos y valorativos, que interpelarán las respuestas del sector salud en el proceso terapéutico de diagnóstico, tratamiento y cura; y subordinará la participación de los conjuntos sociales.

Bajo el concepto de “drogas” se unifican distintos tipos de productos naturales y sustancias químicas caracterizados por una serie de propiedades, básicamente de tipo psicotrópico, cuyas consecuencias y funciones operan sobre todo a partir de las definiciones sociales, económicas y culturales que generan los conjuntos sociales que las utilizan. De tal modo, el uso de sustancias, ya sea como remedios empíricos, como elementos simbólicos (en el contexto de múltiples rituales sociales) o como ambas cosas a la vez, ha sido –y continúa siendo en muchas sociedades– componente de la auto atención, una de las dimensiones del proceso de salud/enfermedad/atención (Ps/e/a) y práctica universal, donde la automedicación se expresa como uno más de los aspectos de la vida cotidiana. Drogas legales (alcohol, café, tabaco, psicofármacos) e ilegales o “no institucionanalizadas” (marihuana, cocaína y el “paco”, heroína, LSD, éxtasis, etc) como sustancias “satanizadas”, terapéuticas o recreativas, están constantemente presentes en la cotidianeidad contemporánea.

68 Calabrese, A. “La droga: el consumo de los consumos” en *Ensayos y experiencias* Nº 29, Bs. As. 1999. Filósofo y funcionario del gobierno del Presidente De la Rúa, año 2001.

S. Freud hablaba de las drogas como los “lenitivos”, “quitapenas” ante la realidad y exigencias del sujeto, que el vivir le impone, “... refugiándose en un mundo propio que ofrezca mejores condiciones para su sensibilidad”. “La vida, como nos es impuesta, resulta gravosa, nos trae hartos dolores, desengaños, tareas insolubles. Para soportarla no podemos prescindir de calmantes. Los hay quizá, de tres clases: poderosas distracciones que nos hagan valuar en poco nuestra miseria, satisfacciones sustitutivas que la reduzcan y sustancias embriagadoras que nos vuelvan insensibles a ellas”⁶⁹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS/1988) define como droga a “toda sustancia que introducida en el organismo vivo, modifica una o varias de sus funciones; aunque no todas las personas que consumen drogas pueden ser consideradas adictas”. En el marco de esta concepción, el vínculo adictivo es considerado como un proceso que comienza con el “uso”, puede seguir con el “abuso” y llegar a la “adicción”. Se establece una “escalera” de estadios de progreso necesario, hoy discutido por estudios contextualizados. La “droga” puede crear “dependencia”, es decir, la necesidad incontrolable de consumirla, o bien producir “tolerancia”, por lo que conseguir el efecto deseado necesitará un aumento de la dosis. En caso de “sobredosis” y como efecto de intoxicación aguda, puede causar la muerte. Los efectos dependen de la droga utilizada, de la forma y tiempo de consumo, siendo algunas clasificadas como estimulantes y otras como depresivas⁷⁰. Desde esta perspectiva, existen dos grupos de drogas –las llamadas “legales”– que son fáciles de obtener y aceptadas socialmente (bebidas alcohólicas, medicamentos con uso no prescrito por profesionales, tabaco, inhalantes como solventes y pegamentos) y por otra parte las “ilegales” que abarcan un amplio abanico: marihuana, cocaína, LSD, heroína, etc. Dentro de una perspectiva epidemiológica clásica, en el consumo de drogas se ponen en juego tres elementos: la droga, el sujeto y el contexto.

69 Freud, S. *El malestar en la cultura*, Tomo XXI, Obras Completas, Bs. As., Amorrortu, 1974.

70 Este encuadre se retomará críticamente, a partir de las fuentes de la investigación en el sector salud municipal, y los nomencladores epidemiológicos en uso como la CIE-10 y el DSM IV.

Para O. Romaní, el concepto de drogas comprende todas las “sustancias químicas, que se incorporan al organismo humano, con capacidad de modificar varias funciones de éste (percepción, conducta, motricidad, etc.) pero cuyos efectos, consecuencias y funciones están condicionadas, sobre todo, por las definiciones sociales, económicas y culturales que generan los conjuntos sociales que las utilizan”⁷¹.

La conceptualización sobre las adicciones, toxicomanía o drogadependencia imponen una aproximación interdisciplinaria en el marco de este Trabajo, al igual que los múltiples modelos de abordaje en funcionamiento: psicológico, biológico, cultural, económico para no citar más que algunos en este tema de preocupación mundial. Producto de cambios sociales, culturales y tecnológicos emerge este fenómeno denominado como “drogadependencia” (dentro de un área mayor como el de las dependencias o adicciones), que abarca un conjunto de procesos donde tienen expresión ciertos malestares y padecimientos, más o menos graves, en una multiplicidad de condicionamientos y manifestaciones, pero síntoma principal es la organización del conjunto de la vida cotidiana de un sujeto alrededor del consumo compulsivo más que lúdico de determinadas sustancias.

Sostienen R. Castel y A. Coppel⁷² que recién en el siglo XIX la toxicomanía comienza a ser pensada como un problema social para Occidente; construcción que se realiza en un contexto de “ruptura” de las regulaciones tradicionales que enmarcaban el consumo de ciertas sustancias –por ejemplo, a través de rituales colectivos en que la sociedad expresa sus valores– y la emergencia de la modernidad con un nuevo sistema de regulaciones que se reactualizan en períodos y circunstancias específicas. A partir de este momento, será la medicina la que jugará el rol principal en la difusión y en las tentativas de regulación de las toxicomanías, dado que –específicamente– era la medicina somática la que prescribía o prohibía el uso de los productos. Estos autores, además, señalan que hasta fines de los años ’60 la gran mayoría de los médicos consideraban a la toxicomanía como una enfermedad casi incurable. Las experiencias clínicas y las circunstancias

71 Romaní, O. *Las drogas, sueños y razones*, edit. Ariel, España, 1999.

72 Castel, R. y Coppel, A. en “*Individuos bajo influencias*” (comp. Ehremberg), Nueva Visión, Bs. As. 1994.

epidemiológicas ayudaban a consolidar este pesimismo generalizado; excepcionalmente comenzaban a describirse algunos casos de cese voluntario de consumo de drogas –como el de los GI’s al regreso de Vietnam– y la posibilidad de detener el consumo de heroína, por renuncia a ella; la mayoría de las veces sin tratamiento específico pero en un contexto de condiciones afectivas y sociales favorables.

Así, a la habitual “rivalidad-colaboración” de heterocontroles de la toxicomanía por parte de la justicia y la medicina, se agrega el sector psicológico, especialmente el psicoanalítico. Pero sería una ilusión pensar que las intervenciones jurídico-policiales o médico-psicológicas podrían controlar el conjunto de la problemática de las adicciones, dado que los heterocontroles son, por ser “construcción”, siempre parciales y abstractos. En consecuencia, las prácticas, las acciones y las políticas gobernadas por estas definiciones parciales, transforman a las intervenciones, también, en parciales. Por ello, consideramos a la drogadependencia como una práctica social multidimensional, es decir, una práctica que no concierne únicamente al encasillamiento dentro de la delincuencia o de la patología.

El término “adicto” proviene del latín *addictum* –participio pasado del verbo *addicco*– entendiendo por tal la acción de ofrendar, designar, adjudicar. En la República Romana el adjetivo *addictum* designaba al hombre que debía saldar una deuda y que, al carecer de bienes para cumplir su compromiso, la pagaba con su cuerpo y se convertía en esclavo. También se entiende el término “adicto” como la no-dicción, un sin palabras en el acto de esta nueva figura también denominada del “consumidor”. Consumo que, desde el siglo XIII, en nuestras “sociedades complejas” alude a la figura de extinguir, gastar, aunque en su raíz latina signifique “tomar”.

Dice A. Escotado⁷³ que la intervención coercitiva se basa en el alegato de que determinadas sustancias provocan embrutecimiento moral e intelectual y por eso mismo son “estupefacientes”, considerándose como tales el opio, la morfina y la cocaína (hasta 1935), cuyo uso discrecional debía ser desaconsejado, por representar una bendi-

73 Escotado, A. *Historia general de las drogas*. Cap. I, II y III, Alianza, España, 1998.

ción en manos de ‘médicos y científicos’ y una maldición en manos de ‘toxicómanos’.

Al respecto de esta polisemia de definiciones, señala S. Inchaurreaga⁷⁴, parafraseando a M. Foucault, que los discursos imponen una cierta mirada en el campo que constituyen y que por ello prefiere utilizar los conceptos de “drogadicción o adicción” para sus estudios disciplinarios más asociados con el discurso sociológico. Sostiene que en nuestra cultura, es imposible no asociar el “uso indebido de drogas” con el discurso jurídico, “toxicomanía” con el discurso policial y “drogadependencia”, “farmacodependencia” y “uso-abuso-dependencia”, con el discurso médico.

3.2 – BREVE RECORRIDO HISTÓRICO: DE LAS TRAMAS CULTURALES A OBJETO FETICHIZADO

El fenómeno del consumo de sustancias no es nuevo. Existe una extensa bibliografía de tipo histórico, filosófico y etnográfico que afirma que en las distintas sociedades se han conocido y utilizado muy distintos productos para alterar estados de ánimo, para acceder a alguna forma de conocimiento, o como forma de estimulación, sedación, u obtención de bienestar. También existe abundante documentación histórica respecto a la “utilización” y represión desde el poder de este tipo de productos; el coqueo en Alto Perú en las mitas y yanaconazgos, el peyote en las culturas centroamericanas, el opio en China durante el colonialismo inglés, el gin en USA, el uso de sustancias alucinógenas en la cultura “hippie” de los 60-70 como fenómeno contracultural, o en artistas e intelectuales como reivindicación del derecho sobre el propio cuerpo; con enmascaramiento de planteamientos ideológicos y políticos que las encarnan como “el mal” en muchos casos.

Las primeras referencias sobre la marihuana se ubican en la India con el emperador Shen-nung (2000 a.C.) y en las tabletas cuneiformes de la época de Asurbanipal (650 a.C.). Según Homero, es la droga introducida en Troya por Elena; Herodoto habló del efecto euforizante de los baños de vapor de los escitas, utilizados para aliviar el duelo en

74 Inchaurreaga, S. *Malestares sociales en las fronteras de la modernidad*. UNR, 1995.

los ritos funerarios. A lo largo de la historia, las bebidas fermentadas o alcohólicas han sido objeto de glorificación y, simultáneamente, de repulsión. En la Biblia –y sobre todo en el Antiguo Testamento– se hace referencia al vino. Según analistas, éste es mencionado casi medio millar de veces, muchas de ellas para elogiarlo y otras tantas para advertir a los hombres contra su maleficio.

Escohotado dice que las aproximaciones tradicionales al tema de la ebriedad carecen de una perspectiva multidisciplinaria, descuidando así la influencia de las sustancias en el desarrollo de la mentalidad religiosa, la medicina, la creación artística y los mecanismos de control social. Como ya señalamos, plantea que el llamado “azote del siglo XX” se suele seguir presentando como una cosa fortuita y de brumosos antecedentes. Según su visión, si se establece la genealogía de las sustancias se puede aportar a un examen profundo sobre la génesis del actual conflicto, mostrando el íntimo nexo que hay entre tipos de ebriedad y modelos de cultura. Dice el autor: “Cabe pensar que dentro de los sucesivos símbolos de impureza enarbolados por distintas épocas, ninguno es menos supersticioso que el error-miasma encarnado por ciertas drogas, y que erradicar determinados cuerpos químicos no puede equipararse sin mala fe a erradicar actitudes religiosas, razas o criterios políticos. Sin embargo, las perplejidades de la cruzada farmacológica comienzan con la propia noción de droga que le sirve de apoyo. De la Antigüedad nos llega un concepto –ejemplarmente expuesto en griego como *pharmakon*– que indica remedio y veneno. No es una cosa u otra, sino las dos inseparablemente. Cura y amenaza se solicitan recíprocamente en este orden de cosas. Unos fármacos serán más tóxicos y otros menos, pero ninguna será sustancia inocua o mera ponzoña. Por su parte, la toxicidad es algo expresable matemáticamente, como margen terapéutico o proporción entre dosis activa y dosis mortífera o incapacitante. La frontera entre el perjuicio y el beneficio no existe en la droga, sino en su uso por parte del viviente. Hablar de fármacos buenos y malos era para un pagano tan insólito, desde luego, como hablar de amaneceres culpables y amaneceres inocentes”⁷⁵.

75 Escohotado, A. *Historia de las drogas*, op. cit.

Con fuerte correlato entre consumo y marco referencial, E. Marí, citado por A. Bialakowsky, sostiene que en Atenas el banquete se dividía en dos: la parte secundaria se relacionaba con la comida (*syndepnon*) y la parte principal con la bebida en común (*potos* o *sympotos*) y que precedía al *logos* en el *symposium* de los discursos filosóficos. “La introducción del vino no es un acto formal, solemne y controlado, si se trata del banquete. Acto de apertura al placer y al placer de los discursos, placer helénico por la teoría. Sócrates, según las narraciones, se refirió con algo de poesía ‘Bebed, mis amigos; yo también estoy de mi parte plenamente dispuesto. Pues es verdad que el vino al rociar las almas adormece las penas, como las mandrágoras adormecen a la gente, mientras que despierta la alegría, como el aceite estimula la llama’”.⁷⁶

A mediados del siglo XIX el médico sueco Magnus Huss acuñó el término “alcoholismo” para designar al común denominador de las enfermedades cuya “causa” era el alcohol etílico. La incorporación del “ismo” fue fundamental para ubicar la problemática desde parámetros distintos a los que hasta entonces habían condenado a la llamada “borrachera” desde una carga afectiva. Hacia el fin del dicho siglo, surgió toda una literatura “pseudo” científica con enfoque en la etiología y en la patogenia del alcoholismo, con consideraciones moralizantes y apasionadas ligadas a la teoría reinante sobre la degeneración. Desde esta perspectiva, el alcoholismo pasó a ser un “vicio”, atributo de la degeneración; pero es recién entre 1940 y 1950 –por las investigaciones de E. M. Jellinek y la Escuela Americana– que se comienza a concebir al alcoholismo como una enfermedad, realizándose campañas de salud destinadas a la prevención y a la cura.

Dice Bialakowsky que la relación del hombre con las sustancias que alteran la conciencia data de miles de años; sin embargo cada época y cada cultura le han dado un contenido particular en las representaciones que la enmarcan: “Las sustancias psicoactivas encuentran entramadas en las culturas en relaciones simbólicas múltiples, las que con frecuencia se vinculan a un control social; a su vez intervienen en los intercambios sociales y económicos y contienen rituales ligados a cosmogonías de la tierra y de la trascendencia”. La significación

76 Bialakowsky, A. y Catani, H. “Conflicto de paradigmas” en *Rev. “Encrucijadas”*, Edit. UBA., 2001.

de la droga —aún la cicuta, como remedio o veneno— se altera, se entrelaza a partir de esta “rebelión socrática” y se encuentra atravesada como mediación a lo trascendente, a lo moral, a lo filosófico. Pero en la cultura occidental ha ido perdiendo sus relaciones cosmogónicas y se acerca a una inscripción dentro de la cultura dominante, donde los objetos cobran aparentemente valor por sí mismos, carecen de trascendencia humana y de ligazón con la vida del planeta. La droga se mimetiza entonces como mercancía y asume las reglas de circulación del mercado legal e ilegal. Se trata de un desgarramiento conceptual en el universo simbólico de las representaciones que alcanza a las drogas, trasciende a los individuos y se instala en la cultura; si bien existe una “determinación social” existen sustratos dentro de la realidad social a través de los procesos de subjetivación (y los piensa como los grados de libertad humana que enfrenta permanentemente la determinación externa pura), hacen que lo subjetivo y lo social resulten a veces complementarios y otras tantas, conflictivos, pero siempre inescindibles uno de otro. “Así, nos encontramos con dos mundos, el de la biosfera al que pertenecen las sustancias psicoactivas y el de la “semiosfera” (D. Bounoux, 1999) que remite al universo de los símbolos y sus significados culturales y subjetivos). Resulta para el hombre difícil separar ambos universos, por el contrario se encuentran estrechamente ligados; llegar a la naturaleza en las actuales condiciones requiere siempre una mediación cultural y simbólica que nos precede”⁷⁷.

A su vez, S. Le Poulighet retoma el concepto de “*farmakon*”, pero aplicándolo desde una perspectiva psicoanalítica: “Con toda evidencia, no basta consumir heroína u obtener un pretendido “flash” para que surja el espejismo de esa completud alucinada. Es en este punto donde los usos de drogas y la operación del *farmakon* no se superponen. La operación del *farmakon* es lo que dispone las condiciones de la “desaparición” de un sujeto en la medida en que este último se debate con algo “intolerable” que lo deja librado al espanto. Que algo se haya constituido como un “intolerable” que no pueda ser asumido dentro de una realidad simbólica sería una condición fundamental para que se sostenga una operación del *farmakon*”⁷⁸. Junto a Freud, plan-

77 *Ibíd.*

78 Le Poulighet, S, *Toxicomanías y psicoanálisis. La narcosis del deseo*, Bs. As., Amo-

tea la relación entre usos tóxicos y el aminoramiento de las fuerzas de inhibición, que procura “un talante alegre” y el ahorro de un “esfuerzo psíquico”; de este modo el chiste poseería, entonces, cierta afinidad con los procesos intervinientes en los estados de intoxicación. Se trata, continúa, de una particularidad de ciertas “borracheras” que pueden ser totalmente independientes de una “operación del *farmakon*.”

3.3 – PARADIGMAS EN JUEGO

Los paradigmas sobre “las drogas” y las respuestas desde las prácticas del sector salud, con saberes técnicos y dispositivos asistenciales, conforman un constructo que define los principales modelos de percepción, gestión de políticas sobre drogas y la intervención social en este campo a partir de los modelos penal y médico.

Pero por las propias dificultades del fenómeno, el progresivo protagonismo de la cocaína en el mercado de sustancias, y posteriormente las drogas de diseño y la penetración del alcohol como consumo negativo y positivo, inician una serie de cambios que se profundizarán en los 80 y 90 con la emergencia del SIDA y los problemas socio sanitarios derivados de los usos de drogas por vía endovenosa. El análisis de esta complejidad produjo análisis y aportes, desarrollados en foros científicos y medios de comunicación a nivel internacional, acerca de las modalidades culturales del consumo de sustancias psicotrópicas y el carácter sistémico, económico y social del mismo, con debates sobre la diversificación y profesionalización asistencial, la disolución de límites entre la prevención y la atención, los paradigmas de intervención terapéutica y la cuestión ética, hasta ahora más o menos explicitados, ya sea en espacios de la atención pública o privada, junto al rédito negativo que trajo la criminalización del consumo de drogas.

Todo esto generó otros debates a nivel profesional y ciudadano acerca de la “legalización” o por lo menos, de nuevas políticas respecto a las drogas, aumentando la confrontación, hasta ahora solapada, de los paradigmas tradicionales en políticas sobre drogas: el abstencionista o prohibicionista (partidario de la llamada “guerra contra las drogas”), y un incipiente enfoque a partir de programas pilotos de re-

ducción de riesgos (dice O. Romani que para el Ayuntamiento de Barcelona, en 1989 aún no se etiquetaba así a este naciente paradigma, al instituirse el primer Programa público en España), de reducción de daños, destinado a los usuarios de drogas.

Es en este contexto donde los discursos y prácticas profesionales harán sus anclajes en los dispositivos de tratamiento y prevención, ya como luchas de paradigmas, dilemas o contradicciones en los lineamientos respecto al uso de sustancias tóxicas, en lo relativo a la utilización eficiente de recursos y a la coherencia de las estrategias implementadas. En una circularidad, las necesidades de la comunidad estarán marcadas por las decisiones sobre estas políticas de la gestión en los servicios públicos de salud. Las subyacencias a la práctica técnica y científica⁷⁹ no dependen solamente del paradigma científico —en términos kuhnianos—, sino también del pensamiento social de la época. De tal manera, el procedimiento técnico, el imaginario social y la elección paradigmática por parte del poder político presente en la gestión de salud, serán elementos indispensables y constitutivos en las “decisiones” políticas orientadas al tema “drogas”.

El marco epistémico de estos dominios disciplinares corresponden, en cierta medida, a una *weltanschauung*, es decir, a un sistema de pensamiento, rara vez explicitado, que permea las concepciones de la época en una cultura dada y condiciona el tipo de teorizaciones que van surgiendo en diversos campos del conocimiento (sólo cambios muy significativos de marco epistémico marcan grandes épocas históricas), es decir, en las teorías que contemplan aspectos particulares de las disciplinas. Sostiene R. García, citado por A. Bialakowsky: “Un sistema complejo funciona como una totalidad. Los procesos que allí tienen lugar están determinados por la interacción de elementos o subsistemas que pertenecen a dominios disciplinares diversos y cuya contribución a cada proceso no es enteramente separable de las otras contribuciones. Esta consideración adquiere fundamental importancia cuando se estudia la evolución de un sistema como tal, por cuanto la dinámica de la totalidad no es deducible de la dinámica de los elementos considerados aisladamente. El camino queda, pues, abierto

79 Bialakowsky, A. y Catani, H. R. *op. cit.* retoman los aportes de J. Piaget y R. García respecto a los saberes técnicos disciplinares.

para el trabajo de equipos interdisciplinarios, entendido como un esfuerzo de cooperación entre diversos especialistas que buscan integrar sus estudios, cada uno de los cuales cubren aspectos parciales de una realidad compleja. Este resultado es importante y constituye una condición necesaria para que sea posible hablar de investigación interdisciplinaria”⁸⁰. En el campo de la salud, los cambios respecto a las toxicomanías se desarrollan en una nueva posición que reclama conectar la clásica división entre los enfoques institucionales-hospitalarios de internación con los enfoques en red y de tratamientos en el marco de la atención primaria de la salud, saldando la vieja discusión entre internistas y sanitaristas. Se recuperan los aportes desde el campo de la salud mental, que desde los años 60 venía profundizando la línea de abordaje que inauguró una diversidad de políticas antimanicomiales (que reflejan las tensiones arriba señaladas entre las concepciones de “encierro” de la desviación, o el hospital-centro y el escenario natural de la sociedad o la comunidad).

Con estas nuevas miradas, el tema de las “drogas” ya no se reduce al mero campo de la “enfermedad” sino que se inscribe en el proceso de salud-enfermedad-atención y en sus condiciones sociales y subjetivas de producción. El padecimiento relacionado con el consumo de drogas mostrará una tensión desde la perspectiva de la prevención y el tratamiento, la división entre los enfoques tradicionales o abstencionistas y la orientación (para algunos más pragmática) de la atención a la reducción del daño, hasta incidir incluso en los propios modelos de políticas sociales, educativas y penales. Por su parte, la dialéctica inclusión-exclusión social como atravesamiento transversal no estará ausente, constituyendo un atributo que pone en relación los modelos de atención y las políticas sociales.

A) El paradigma abstencionista:

Esta corriente, como política de control social en el tema de drogas, tiene como objetivo la abstención de ciertas conductas, y como fin reducir, suprimir y eliminar el uso de sustancias en una población dada. En función de ello se organizan todas las acciones de interven-

80 *Ibid.*

ción, prevención y asistencia; pero toda intervención de tipo asistencial presupone que el sujeto que consume drogas suspenda ese consumo. Esta perspectiva es hegemónica desde hace más de veinte décadas y corresponde al discurso del “*Just say no*” (“sólo diga no”) esgrimido en la presidencia de R. Reagan; este *slogan* fue el lema más paradigmático de la campaña preventiva centrada desde el abstencionismo. Sin embargo, esta posición ha sido criticada desde distintas vertientes; así sostiene Gabriel García Márquez: “La prohibición ha hecho más atractivo y fructífero el negocio de la droga y fomenta la criminalidad y la corrupción en todos los niveles. Y sin embargo, Estados Unidos se comporta como sino lo supiera. Se abastecen a diario y sin problemas 20 millones de adictos, lo cual sólo es posible con redes de comercialización y distribución internas muchísimo más grandes y eficientes. Puestas así las cosas la polémica sobre las drogas no debería seguir atascada entre la guerra y la libertad, sino agarrar de una vez el toro por los cuernos y centrarse en los diversos modos posibles de administrar la legalización. Es decir, poner término a la guerra interesada, perniciosa e inútil que nos han impuesto los países consumidores y afrontar el problema de la droga en el mundo como un asunto primordial de naturaleza ética y de carácter político, que sólo puede definirse por un acuerdo universal con Estados Unidos en primera instancia. Y por supuesto, con compromisos serios de los países consumidores para con los países productores, pues no sería justo (aunque sí probable) que quienes sufrimos las consecuencias terribles de esta guerra nos quedemos después sin los beneficios de la paz.”⁸¹ En este mismo sentido, las declaraciones de Milton Friedman, Premio Nobel de Economía 1998, respecto a la inmoralidad de la política norteamericana de lucha contra las drogas y a la consideración de que el “adicto” más que cárcel merece un espacio de cura.⁸² Este posicionamiento de argumentos

81 Palabras de Gabriel García Márquez, citado por el Periodista Carlos del Frade, invitado por la Secretaría de Salud Pública a la Mesa: “Prevención de adicciones y comunicación social”, desarrollada en 5º Congreso “La Salud en el Municipio”, de Octubre de 1995.

82 M. Friedman “There is no justice in the war on drugs”, *New York Times*, 11/1/1998 citado por el Dr. Aquiles J. Roncoroni, en su artículo “Guerra a la droga o a los consumidores”, en *Rev. Encrucijadas*, N° 8, junio/2001, op. cit. Por otra parte, la película *Culpable por asociación*, del director de cine norteamericano Graeme Cam-

“prohibicionistas”, hegemónico por más de 30 años en muchos países, genera estrategias y técnicas de tratamiento así como modelos de prevención admitidos como eficaces para cualquier contexto y momento histórico, e instala una base sanitarista de base pretendidamente científica; positivista en el sentido de que no busca ninguna ruptura ni análisis de enmascaramiento en el sentido común dominante respecto al tema en que interviene. Con un modelo de reproducción y transmisión de una moralidad que supone impedir el “consumo de drogas” como transgresor, pecaminoso y delictual se instala especialmente a partir del modelo jurídico-médico-biologista.

Herkovits⁸³, con un trabajo de campo realizado en cinco Comunidades Terapéuticas de Buenos Aires, analiza las representaciones y prácticas del personal asistencial que se desempeña en estas instituciones. Desde la categoría de “estructura” como un código normativo que genera formas de control social ligadas a tradicionales prácticas disciplinarias; propone un conjunto de normas que son destinadas a regular la convivencia entre los pacientes pero que terminan constituyéndose en un juego de ejercicios disciplinarios omnipresentes que amenaza la subjetividad del paciente a lo largo del proceso terapéutico y controla las relaciones sociales del “interno”, tutela su cuerpo y predice su situación en el tiempo. A modo de “vigilancia panóptica” y “tutela vertical” a través de los “cargos” como técnicas de roles destinadas a la observancia, trascienden la mera consolidación de la “abstinencia”.

Kohan y Barcellos indican: “De esta manera países centrales exportan hacia países periféricos, subdesarrollados sus propios modelos tanto de prevención como de tratamiento, como cualquier otra “mercancía”. Las condiciones de esta peculiar transacción poseen un gran atractivo económico y un reconocido “beneficio” para aquellos países que los adopten. De esta manera en Argentina encontramos réplicas de abordaje estilo “comunidades terapéuticas” DAYTOP (EE.UU) y

pbell, muestra las consecuencias en los vínculos personales y en la vida cotidiana de los no consumidores, de la llamada “guerra contra las drogas”.

83 Herkovits, F. D. “La normalización de las adicciones: un estudio sobre la ‘estructura’ que rige las Comunidades Terapéuticas del sur del Gran Buenos Aires”, Actas de CAAS, Mar del Plata, 2000.

Proyecto UOMO (Italia). Si tenemos en cuenta que la comunidad terapéutica DAYTOP ubicada en Nueva York se constituyó con el fin de rehabilitar a los ex-combatientes de Vietnam y que UOMO –vinculada a la Santa Sede– traslada dicho modelo hacia Roma modificando algunos preceptos, debemos preguntarnos a qué se debe tamaño interés en que particularmente los latinoamericanos adoptemos tales esquemas de prevención y tratamiento. Es bien sabido que los profesionales y supuestos “especialistas” dedicados al tema de la drogadependencia son tentados con becas de perfeccionamiento en dichos países quedando comprometidos en la continuidad ideológica de estos programas. Es más: dichos modelos influyen de un modo u otro en todas las instituciones dedicadas al tema de la drogadependencia. Y no sólo instituciones privadas adoptan las técnicas y contenidos ideológicos de tales centros, sino que el propio Estado permite y estimula tales ingerencias... El único centro de rehabilitación estatal a nivel nacional –CENARESO– fundado en 1973 en Argentina, ha absorbido en su seno la historia política del país. A partir de 1987, un cambio en su dirección intenta modificar la política represiva y policíaca internalizada en la institución. Sin embargo, las instituciones privadas y centros de prevención de distinta índole socavan su espacio descalificando de todos modos posibles su rol”⁸⁴.

Fue la “Convención Contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas” de las Naciones Unidas, aprobada en Viena en el año 1988, la que configuró el hito decisivo en la consolidación del modelo prohibicionista, delineándose así una postura con fuerza internacional frente a una problemática individual y social como el del consumo de drogas. Dicho modelo, impulsado desde comienzos del siglo XX por los sucesivos gobiernos de Estados Unidos de Norteamérica, fue asumido expresamente en los términos bélicos mencionados a partir de 1969 con el gobierno republicano de R. Nixon, en su concepción de la “guerra contra las drogas”⁸⁵. Esta “guerra a las drogas”, que ha implicado también una “guerra a los consumidores”, ha llevado a los EE. UU a impulsar empresas mili-

84 Kohan, J. y Barcillos da Costa, M. “Líneas ideológica en el abordaje del tema droga en la Argentina. *Rev. Salud, Problema y Debate*, nº 2, Bs. As. 1989

85 Niño, L. *Rev. Encrucijadas*, UBA, Bs. As., 2000 para profundizar este eje.

tares y comerciales. Es el caso del llamado “Plan Colombia”, en un principio encuadrado dentro de una “tarea de acción social” (y luego rápidamente militarizada) en este país latinoamericano, que incluía “pactos” con los campesinos para la sustitución de cultivos, asistencia humanitaria a los “desplazados” por este cambio, atender al cuidado del medio ambiente y creación de infraestructura que permita la supervivencia de la economía basada en el cultivo de coca, coordinado por los gobiernos directamente. Pero las mentadas “acciones contra el narcotráfico” agregaron interdicción, represión y fumigación con graves consecuencias tóxicas para las poblaciones colombianas campesinas por parte de las fuerzas militares con el fin de “... atacar por todos los medios la producción de cocaína en Putumayo, Caqueta y Magdalena Medio, y de heroína en Nariño, Cauca y Tolima”. Así fue testimoniado por una delegación de profesionales de la salud en el VIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social, realizado en La Habana, Cuba, en julio del 2000.

Estas “Políticas sobre drogas”, con antecedentes en las Convenciones de Naciones Unidas vigentes, confirmadas por la ONU, continúan sosteniéndose desde políticas oficiales, en un contexto de consumo creciente de sustancias, “institucionalizadas” o no, y de medicalización de la vida cotidiana; responden a un modelo que no ha atendido a las diferencias y desigualdades propias de cada región, por lo que muestran las limitaciones de las estrategias adoptadas, la ineficacia y los efectos indeseables en las respuestas implementadas. Se necesitan debates, con explicitación de supuestos y estereotipos presentes en el tema, respecto al significado y modo del consumo en nuestras sociedades, frecuencia, cantidad y rituales presentes en el fenómeno de la drogadependencia. Sin estos ejes se dificulta el análisis desde un posicionamiento científico riguroso que plantee tensiones con las representaciones sociales vigentes en estos contextos.

La guerra perdida es “la guerra contra las drogas” como visión monolítica, creadora de estereotipos y prejuicios. Ha sustentado cuestiones ideológicas o intereses económicos, y hecho hegemónico un modelo de atención, enmascarando el debate de si siempre es necesaria y para qué una “intervención” en la problemática; obstaculizando la implementación de políticas sobre “sustancias” propias, insertas en

particularidades locales, lo más inclusiva posible con sus ciudadanos y con un compromiso ético básico de descriminalización de los usuarios, dentro una concepción de los derechos humanos (derechos de los usuarios en tanto ciudadanos, derecho a la información de la sociedad toda, no sólo sobre el producto sino acerca de la relación con ese producto y el mundo en que se inscribe, donde las alternativas en la agenda pública no sean únicamente cárcel o tratamiento).

En Argentina se encuentra vigente la Ley de Estupefacientes No 23.737, promulgada el 11 de octubre de 1989 –ley que ha tenido numerosas modificaciones luego de su aprobación–. El autor de dicha ley fue el diputado por la provincia de Córdoba, Dr. Lorenzo Cortese, que hasta el año 2001 se desempeñó como Secretario para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico a nivel nacional. Esta Ley reprime la tenencia y tráfico de estupefacientes para consumo personal; en su Artículo 14, párrafo segundo, se penaliza la tenencia de droga para uso personal, sin diferenciar la naturaleza de la misma. Para esta Ley, los estupefacientes serían los psicotrópicos y demás sustancias susceptibles de producir dependencia psíquica o física, como lo señala un listado elaborado por las autoridades sanitarias. Diversos estudios de expertos en salud y Organizaciones No Gubernamentales refieren que esta Ley ha contribuido al alejamiento de los usuarios del sistema de salud y sostiene una falta de discusión y capacitación de los profesionales del mismo sistema.

La inscripción de este fenómeno como estigmatizado, la corrupción y el acrecentamiento de la violencia y alarma social dificultan su análisis en términos de relaciones sociales. La construcción de “peligrosidad social” o de “riesgo” ante desequilibrios psíquicos o somáticos alienta a su vez la necesidad de intervenciones, regulaciones, desde los ámbitos jurídico-policiales o médico-psicológicos, a los efectos de plasmar una “política sobre drogas”. En contraste con la actitud represora iniciada, sostenida y difundida por EE. UU., el posicionamiento de “reducción de daños” en países como Suiza, Holanda, Gran Bretaña, España, Alemania, Australia y Canadá parte de la consideración de que hay consumidores, pero que no todos ellos abusan o tienen una conducta criminal.

B) El paradigma de Reducción de Daños como política social y de salud:

Partiendo de otra lógica, la propuesta ya no pasa por la suspensión o eliminación del consumo de sustancias, sino que la meta prioritaria –y organizadora de todas las acciones– tiene que ver con la reducción de los efectos que trae aparejado el consumo de drogas. Se trata de la búsqueda de reducción de daños como un proceso paralelo a la prevención de riesgo, minimizando así las consecuencias sanitarias y sociales resultantes del consumo, una vez que este uso se ha instalado y se ha transformado en problemático.

Desde esta perspectiva, se pone el énfasis en la reducción tanto de los efectos primarios del uso de drogas (aquellos efectos producidos por el mismo uso de la sustancia: determinado tipo de afecciones, problemas a nivel psicológico y biológico), como de los efectos secundarios (aquellos provocados por las respuestas sociales frente a este uso).

Analizando cuáles han sido las respuestas sociales a la drogadependencia, se encuentran principalmente las allegadas a la estigmatización, rotulación, segregación de las personas y de los grupos usuarios, o sospechados de uso de drogas. Esta corriente considera que dichos mecanismos de estigmatización y de segregación tienen efectos mucho más perjudiciales y devastadores que los mismos efectos primarios de las sustancias. Sostiene que es de mucho más riesgo el mecanismo de estigmatización –que se pone socialmente en juego con relación a los usuarios de drogas– que los efectos que el consumo de esas sustancias produce en esos sujetos. Entonces, la intencionalidad va a estar puesta en la reducción de esos efectos primarios y secundarios; trabajando principalmente sobre estos ejes. Esto genera una serie de alternativas de intervención muy diferentes respecto a las que se venían generando desde la perspectiva abstencionista.

De esta manera, el modelo de “reducción de daños” considera la integración de una política social y de una política de salud, en función de reducir las consecuencias negativas, sociales (discriminación, marginalidad, criminalización, circuito pobreza-delito-droga) y de salud (VIH-SIDA, hepatitis, abscesos, sobredosis, etc.) asociadas

al consumo de drogas. Así se reconoce que en los últimos años y de modo cada vez más evidente, las problemáticas ocasionadas en los sujetos drogadependientes no están solamente relacionadas al consumo de drogas en sí mismo, sino a las características de dicho consumo y a la construcción social que se haga de ello.

En esta resolución se basa parte de la perspectiva de “reducción de daños”, fundamentalmente aquélla que hace mayor hincapié en los efectos primarios, es decir, en los efectos de las sustancias; planteo que dio origen, con posterioridad, a lo que se conoce como los “programas de mantenimiento” (donde con dosis prescritas de determinadas sustancias a las personas usuarias se sostiene un uso controlado). Así, a partir de los 60 se comienza con los “programas de sustitución”, fundamentalmente en usuarios de heroína (a través de la sustitución por metadona⁸⁶), pero también en personas que consumen otro tipo de sustancias, proporcionándoles con prescripción profesional cercana a aquella de la cual hacen uso en forma permanente.

En 1984, en Gran Bretaña⁸⁷ y desde una perspectiva medicalizada, se encuentra otro hito importante: la primera huella firme donde aparece la denominación de estrategias de reducción de daños. Es a partir de este enfoque y que esta forma de intervención que es tomada por la política pública de aquel país y es adoptado como política estatal; vale aclarar que ese es el año de la aparición de la pandemia del VIH-SIDA, que se erige como un factor decisivo en la consolidación de esta estrategia.

Los datos epidemiológicos señalaban el crecimiento del SIDA, pero también de los estereotipos sociales que se configuran en la década del 80, y que siguen teniendo fuerte vigencia en relación al VIH/SIDA. Por ejemplo, con la denominación de la “enfermedad de las H”, haciendo referencia a las “H” de “homosexuales”, “heroinómanos” y “hemofílicos”. De tal forma, se constituye la categoría “grupos

86 Menéndez, E. “De algunos alcoholismos...” Pág. 119, *op. cit.* analiza el difundido uso del disulfirán en México, como un producto que operaba farmacológicamente generando expectativas de producir factores antialcohólicos en el sujeto; estudios psiquiátricos registraron un alto riesgo de psicosis después de tomar disulfirán.

87 Recordando que los países anglosajones son los que han hecho punta respecto de esta nueva estrategia.

de riesgo” para la infección del VIH y los usuarios de drogas -especialmente aquellos que usan las sustancias por vía intravenosa.

Sin embargo, la reducción de daños toma un nuevo impulso en estas poblaciones, apelando a la prevención localizadamente en grupos usuarios de drogas por vía inyectable; así, ya no se esgrime el discurso de la abstinencia o miedo al uso de drogas, pues se reconoce que éste puede ser un mensaje altamente bien intencionado pero, por lo visto en estos últimos 30 años de mensajes preventivos, bastante ineficaz. Entonces, en el marco de la Salud Pública, países como la citada Gran Bretaña y, más tarde, Holanda y Suiza, fueron exponentes de estrategias para controlar y prevenir la epidemia de VIH en el ámbito de los consumidores de drogas. Fue la aprobación del “Consejo Consultivo sobre el Abuso de Drogas” del Gobierno Británico que en 1988 propuso –de manera jerarquizada– los siguientes objetivos: disminuir el uso compartido de equipos de inyección, promover el paso de la vía intravenosa a otras de menor riesgo como la vía oral, reducir la cantidad de drogas consumidas y, por último, alcanzar la abstinencia. En general las políticas de intervención se han centrado en proporcionar servicios de información, educación sanitaria, materiales preventivos (jeringas, agujas, preservativos, etc.), y tratamientos más flexibles y adaptados. Sin embargo algunos estudios discuten que ciertos grupos de consumidores de-socializados por completo –hecho infrecuente en la gama del conjunto de las conductas de consumo de drogas– aún reclaman una modificación más profunda en los servicios de salud.

En la última década, en América Latina se asiste a cambios en las prácticas de intervenciones en el ámbito de las drogas, conforme a la percepción de la drogadependencia. Estas modificaciones, que se producen en diferentes niveles y son de diversa magnitud, han supuesto en el contexto socio sanitario un enfoque más amplio de las intervenciones. Por una parte, integran estrategias destinadas a la prevención de trastornos o enfermedades asociadas a los consumos de drogas con diseños y metodologías propias del ámbito de la Salud Pública, y por otra, se adaptan los tratamientos de los trastornos de abuso y dependencia a los conocimientos científicos actuales.

Todo ello ha contribuido a una visión más globalizadora de las toxicomanías y de las problemáticas relacionadas, y ha implicado in-

tervenciones que buscan la complementariedad desde la diversidad de objetivos y estrategias, contando para ello con la participación interdisciplinaria y comunitaria. En Argentina, el Decreto N° 351 de la “Secretaría de Programas para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico” (SEDRONAR), del año 2000, recomienda al Ministerio de Salud la adopción de programas y/o medidas dirigidos a “lograr reducir los riesgos para su salud” de los usuarios de drogas. De esta manera, se encuadran en las recomendaciones de la comunidad internacional y, en particular, del Programa de SIDA de Naciones Unidas (ONUSIDA), evidenciándose la incorporación de nuevas perspectivas.

El antropólogo O. Romaní⁸⁸ parte de la perspectiva etnográfica para analizar las contradictorias relaciones entre conocimiento y gestión en el ámbito de las drogas, teniendo como referente el caso español. Indica que un problema “serio” desde el punto de vista científico lo constituyen los “errores metodológicos” en las investigaciones sobre drogas. Así, los trabajos epidemiológicos, si bien buscan una “depuración terminológico-conceptual” y son útiles para medir prevalencia e incidencia en el uso de drogas en el ámbito institucional, no bastan para superar dificultades que confunden quizás “ciertas fases del desarrollo de la investigación”. Por ejemplo, al momento de analizar variables tan elementales como la edad y el sexo no se toma en cuenta el significado del consumo para estos grupos particularizados; así como las valoraciones culturales de ser varón o mujer el que consume; o pertenecer a un grupo étnico u otro y las consecuencias micro sociales de pertenencia; además de cómo se mediatizan los usos de ciertas drogas para estos grupos en cuanto a cantidades, ocasiones, expectativas de formas más o menos compulsivas. Al analizar los usos de drogas “no institucionalizadas” el problema se agrava y se vuelve irresoluble por estar frente a poblaciones “ocultas”, creadas en proce-

88 Romaní, O.: “Etnografía y drogas: discursos y prácticas”, en *Nueva Antropología*, Vol. XVI, México, 1996; “Intervención comunitaria en drogadependencias. Etnografía y sentido común” *Rev. Tóxicodependencias*, N° 2, Madrid, 1995; y “Por el filo de la navaja: drogas y vulnerabilidad social”, en *Trabajo Social y Salud*, N° 32, Zaragoza, España, 1999.

sos de estigmatización, que ofrecen resistencia a ser penetradas por los métodos clásicos de la epidemiología.

Recuerda O. Romani, retomando a P. Bourdieu, que se está trabajando no directamente con la realidad “en bruto”, sino con un objeto de estudio que es un constructo teórico; por lo tanto existen incoherencias teóricas con el fenómeno a estudiar, con los objetivos y las técnicas de investigación. Insiste además en la necesidad de incorporar a la investigación la voz de los propios “vulnerables”, exigiendo evitar los efectos perversos que abarca esta problemática y apelar a actuaciones responsables por parte de la sociedad en general y de los poderes públicos en particular. Propone, como estrategias para ayudar a evaluar distintos tipos de intervenciones y contener la dinámica de exclusión/vulnerabilidad de ciertos usuarios de drogas, la figura del mediador. Es decir, una persona que sea conocedora de la zona y del ambiente donde se dan las situaciones de vulnerabilidad, que haya participado en experiencias y/o vivencias semejantes y, por lo tanto, que entienda y comparta el significado del lenguaje. Este mediador, por otra parte, debe contar con una determinada formación profesional o ser integrante de un equipo institucional que defienda programas junto a la población en cuestión por lo cual se encontraría en una posición “excéntrica” tal como se sitúa el propio etnógrafo, manteniendo una íntima relación con el grupo, compartiendo redes sociales habituales pero, al mismo tiempo, con una cierta capacidad de “distanciamiento”, constituyéndose en una figura de educador o trabajador social principalmente. Resalta que un trabajo de investigación de este tipo implicará un cambio en las condiciones sociales, culturales y jurídicas –hoy presentes como barreras– entre usuarios de drogas (como la población más vulnerable) y las instituciones y los sectores “más normalizados” de la sociedad⁸⁹.

G. Touzé, directora de la Organización “Intercambios”, participando de un panel en Rosario en el año 1996, decía que el debate de paradigmas en cuanto a la prevención en drogas se presenta como relativamente nuevo, pero: “... se celebró ya la séptima Conferencia Internacional de reducción de daños. Siete años es poco tiempo, pero no es tan poco como para que tengamos tan escasa información por

89 Romani, O. *Las drogas, sueños y razones*. Ariel, Barcelona, 1999.

estos pagos. Si bien este fuerte debate, insisto, es relativamente nuevo esto no significa que la corriente de reducción de daños carezca de antecedentes remotos”⁹⁰.

3.4 – LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL CONSUMO DE DROGAS

¿Qué se entiende por enfermedad y padecimiento? Son construcciones humanas históricamente situadas; no existen si no son reconocidas y definidas como tales por los sujetos en un determinado contexto. Enfermedad y padecimiento son juicios, categorizaciones, construcciones hipotéticas creadas por juicios humanos, donde se instala un acuerdo general, un consenso social, acerca de las mismas.

Considerar a “las drogas” como un “constructo” implica incluir no sólo las consecuencias biológicas y bioquímicas, sino también las consecuencias devenidas del uso y significado sociocultural de la sustancia, un plan cultural y una dimensión social. La complejidad del fenómeno requiere, además, considerar las representaciones sociales que se construyen sobre las “drogas”, “las adicciones”, “las toxicomanías” o “la drogadependencia”, ligadas a la conceptualización desde racionalidades científicas que generan prácticas de salud y acciones desde la Salud Pública.

Para poder “comprender” desde una perspectiva relacional, procesual y contextualizada los valores y significados que se imbrican en el fenómeno del uso de “drogas”, y las respuestas desde el sector salud a esta problemática, necesitaremos una aproximación teórica y metodológica para el tema, el análisis de las imágenes culturales, las contradicciones y paradojas de la existencia en los conjuntos sociales y su historicidad. La “sociedad de los individuos”⁹¹, donde el agente social participa en un proceso como constructor y es contraído por esa sociedad.

La percepción subjetiva de “estados de salud” y su pérdida de aquello que es “propio” o “impropio”, sano o insano, bueno o malo,

90 Touzé, G. discurso en “Actos por el Día Internacional de Lucha contra el uso indebido de drogas”, organizado por la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, 22-6-96.

91 Elías, N. *La civilización de los padres*. Grupo Editorial Norma, Bogotá, 1998.

dependerán de jerarquizaciones, en hegemonías y subalternidades de saberes en lo “real cotidiano”. Esa “realidad”, que se construye para cada individuo socialmente, internalizando lo social desde el lenguaje⁹² a través de procesos de “socialización” primaria, y secundaria desde la división social del trabajo, en la que intervienen un conjunto de capitales y saberes, donde el *habitat* contribuye a formar *habitus*; donde los distintos tipos de “normalización” de la vida social se realizan alrededor del consumo, de distintos tipos de control social, elaboración de ciertos consensos en torno de valores básicos y de “futuro”⁹³.

La construcción social del consumo de drogas como “enfermedad”, “desviación” o “anormalidad”, profundiza los debates del proceso político en la toma de decisiones, tensionando las relaciones entre Salud Pública y Seguridad Pública; entre política, ciencia y moralidad, planteando corrimientos entre “enfermedad-delito” y entre “víctimas inocentes” y responsables. La multiplicidad de criterios y dilemas no explicitados en las organizaciones de salud respecto a posibles paradigmas y abordajes del “complejo drogas” opera como “currículum oculto” en las instituciones, en los “modos” de trabajar por parte del personal de salud y en la direccionalidad de la gestión, por la cual simplemente conduce a la negación y silenciamiento del tema, cristalizando la complejidad de su representación en creencia o ideología.

3.5 – SABERES “TÉCNICOS” SOBRE EL FENÓMENO DE LAS ADICCIONES

Se señaló que la farmacodependencia, toxicomanía, drogadependencia o adicción, son conceptos que describen el fenómeno del consumo de sustancias; como conceptualizaciones responden a sistemas explicativo-interpretativos y poseen su propia racionalización técnico-científica, por lo que constituyen dispositivos articulados, “paradigmas” que generan campos⁹⁴ que regulan políticas de salud e intervienen en la democracia.

92 Berger, T. y Luckman, P. *La construcción social de la realidad*, Amorrortu, 1973.

93 Bourdieu, P. *La miseria del mundo*, FCE. Bs. As. 2002.

94 Bourdieu, P. “*Le champ scientifique*” in Actes de la Recherche en Sciences Socia-

Siguiendo el análisis y la clasificación que propone Agra⁹⁵, presentamos los distintos saberes sobre las drogas agrupados principalmente en dos grandes líneas, aún cuando las fronteras que demarcan una u otra forma de pensamiento no son totalmente nítidas y seguras:

- 1.- paradigma de la droga-enigma: línea conservadora que se caracteriza por la introducción del “objeto-droga” en los paradigmas ya constituidos a propósito de otros “objetos” de interrogación científica como por ejemplo la psiquiatría, la criminología, el psicoanálisis, el conductismo, etc. En estos discursos el “consumo de drogas” es uno de los tantos “enigmas” que alimentan las fases del trabajo científico;
- 2.- línea de la droga-nuevo paradigma: innovadora, que procura constituir un nuevo modelo explicativo y de intervención, independiente de los paradigmas científicos tradicionales, a partir de considerar la incapacidad de éstos para su análisis. Busca las condiciones para una mayor autonomía del saber sobre el consumo de drogas, pero con estatuto de racionalidad científica, sobre la base de exigencias y vigilancia críticas tanto en la relación con los paradigmas científicos habituales como con los discursos no científicos actuales.

1- El paradigma de la droga-enigma:

Se ubica en esta línea especialmente a la medicina y psiquiatría. El propósito es el estudio de la toxicomanía, o la “manía” (según el cuadro de la nosografía del siglo XIX), inducida por un tóxico. De esta manera, la tendencia es describir el cuadro clínico en base a la droga utilizada (por ejemplo, heroínómano) o bien según los rasgos de carácter dominantes (por ejemplo, perversos). La “dirección investigativa” de estos abordajes es evaluar la “dependencia” del sujeto en relación a las drogas que utiliza. En este campo, son clásicos los conceptos de “dependencia física” y “dependencia psicológica”, contruidos en función de resaltar la tóxico-dependencia del sujeto (producto del efecto químico de la droga sobre el tejido celular o el metabolismo en gene-

les, N°2-3, 1976, *op.cit.*

95 Agra, C. da *Dizer a droga, ouvir as drogas*, Porto. Radicário, 1993.

ral) y su comportamiento en relación a los psicoactivos. Se considera que es este comportamiento el que va a permitir afirmar que el individuo es un “toxicómano”.

La “mirada” teórica pone el acento en la llamada “escalada” de utilización de los productos, de drogas leves a pesadas, o bien “ascenso” dentro de un mismo producto con aumento progresivo de la dosis, con acento en los estados producto del consumo, ya sea “tolerancia”, “abstinencia”, etc.; indicadores del comportamiento de todo toxicómano. Estos “estadios” son tomados como “incuestionables” entre los especialistas de esta corriente, aunque no se cuente con evidencia empírica suficiente; la hipervalorización de la “escalada” o graduación creciente propia del uso de drogas colabora con una ideología oficial que habla de la “peligrosidad de las drogas”, y señala, a modo de ejemplo, la peligrosidad de la marihuana como “puerta de entrada”, como camino inevitable hacia drogas de mayor riesgo. Dentro de este paradigma las investigaciones se constituyen en base al análisis de “cuadros clínicos” característicos en psiquiatría: el neurótico, el sicótico, el individuo con atraso en su maduración, con crisis de adolescencia, etc.; atendiendo al recurso biográfico del joven toxicómano, a la historia de sus relaciones precoces, adolescentes, y de la relación con su familia, para poder comprender sus “desvíos”.

Por otra parte, el concepto de “personalidad” también ofrece una tipología que procura dar cuenta de especificidades organizativas de cada individuo y de sus modalidades de funcionamiento. Implica una dirección investigativa que circula en la interrogación sobre la existencia de una organización previa o predisponente a la toxicomanía, o bien acerca de la existencia de una que se asocie con regularidad a la drogadependencia, como la personalidad “toxicofílica”, de “estados-límites” (borderline) incluido en el DSM-III y IV.

De igual modo, en esta línea se encuentra la recurrencia a una racionalidad psicológica para explicar la “tóxico dependencia” desde los recursos de constructos como “auto-estima”, “auto-control”, resistencia a la frustración, etc., hasta una psicometría a través de un arsenal de tests y escalas del individuo “drogado”. Con riesgo severo de maniqueísmo y apretada síntesis sobre el análisis de Agra, se señala como conceptos claves dentro de la teoría psicoanalítica, los de regresión,

identificación, depresión, pasaje al acto, junto a la problematización central de instancias parentales (padre ausente, madre sobre protectora, etc.). El adicto revela así un sufrimiento a partir de un proceso de inicio remoto, lejano, incluso fuera de su memoria, impreso en una “falta” que tendrá un inexorable destino de reactualización en angustia, o de repetición, o el “*acting out*” típico del toxicómano; se constituye un sistema de conceptos desde el abordaje psicológico de una descripción psicopatológica del individuo adicto. Si bien se reconocen contradicciones y matices dentro de los especialistas acerca de la existencia o no de una “estructura psíquica del adicto”, como representante dentro de este paradigma: “la personalidad del tóxicodependiente permanece enigmática: no se sabe por qué, o en qué determinado momento, un joven comienza a drogarse y por qué otros se detienen”⁹⁶.

Dentro de las corrientes comportamentalistas, con gran anclaje en la mayoría de las Comunidades Terapéuticas, el acento teórico está puesto en los principios de castigo y refuerzo (o auxilio) a partir del aprendizaje de nuevos hábitos cotidianos, dentro de una disciplina institucional, pero otorgando también un importante papel a la sustancia en la instalación del comportamiento adictivo. Así, la sustancia-comportamiento como constructo desencadena una serie de respuestas y de refuerzos que constituyen al adicto.

En apretada síntesis del texto de Agra respecto a las corrientes cognitivas⁹⁷ aplicadas a usuarios de drogas, se destacan los patrones de “creencias irracionales”, de emociones y comportamientos que prevalecen en los usuarios de sustancias (o en otras conductas adictivas como en el juego o ciertas conductas sexuales), estableciendo patrones de dinámica cognitiva. Ante la baja tolerancia a la frustración, creencia a no soportar o tolerar un dolor, se presenta a la adicción como forma de escapar a los problemas o para aliviar situaciones de tensión. Esta teoría reclama una posición de compromiso del sujeto, para acentuar el papel del refuerzo positivo, en combinación con las expectativas del individuo de su propio comportamiento y control de impulsos; se busca una apertura en los procesos que integran los sujetos al “me-

96 Bucher, R., citado por Cándido da Agra, *op. cit.*

97 Ellis, McInerney, DiGiuseppe, Yager, 1988, en C. da Agra *op.cit.*

dio” o contexto; es decir, la problematización teórica busca esclarecer el fenómeno de las drogas a partir de la interacción del individuo con “las estructuras más allá de sí”. A modo de cierre de este paradigma, se recupera de Agra la figura de que estas corrientes constituyen un clásico triángulo formado por: sustancia-individuo-medio; las palabras claves que caracterizarían este amplio campo, y en un abordaje de menor a mayor poder heurístico se encontrarían: “cuadros clínicos-personalidad-psicoanálisis/sustancia/comportamiento-cognición/medio”

2º) Discurso de la droga-nuevo paradigma:

El segundo agrupamiento discursivo que plantea Agra es el de una ruptura; ruptura con el paradigma de “la droga-enigma”, con el dispositivo político-moral que hace del consumo de sustancias un problema de enfermedad o de delito, con las explicaciones de tipo causalista que por momentos pone el acento en la sustancia y, más tarde, en el propio sujeto⁹⁸. Dicho de otro modo, la mirada estará puesta en el medio; buscando una comprensión del fenómeno del uso de drogas desde problematizaciones teóricas que se centren en la interacción del individuo con las estructuras económico-sociales, intentando superar el clásico triángulo sustancia-individuo-medio que, aunque de vértices indeliberables, la mayoría de aquéllas los abordan finalmente de manera aislada.

Dentro de estos discursos se ubican la “Antropología cultural” y la “Etnología”, que describen la utilización de sustancias que alteran la conciencia en numerosas culturas y épocas históricas, pero sobre todo, consideran la discusión del significado del consumo de drogas, además de que en este uso de sustancias podemos encontrar múltiples variaciones: uso sagrado, mágico, ritual o místico-religioso; uso

98 Agra recupera los trabajos de C. Olievenstein como esfuerzo integrativo del citado triángulo-problema; si bien partió desde una perspectiva clínica, iniciada en los años 70 ante la insuficiencia del modelo citado arriba, en los años 80 comenzó a analizar las determinaciones histórico-sociales alejándose de la psicopatología, para llegar al estudio de significados y experiencias de adolescentes y su subcultura dentro de un contexto urbano.

curativo-médico; uso festivo socialmente aceptado o lúdico; uso ilegal-estigmatizante; así, el área de estudios va a estar representada por:

- el análisis de estados alternativos de conciencia por el recurso a sustancias psicoactivas como constante en todas las épocas y culturas;
- el análisis del uso de las drogas en diversas culturas y sus funciones: mágico-religiosas, de equilibrio subjetivo o de fuga, por tensiones de la propia existencia del hombre, de procura de placer;
- el estudio de drogas como patrón cultural disponible, con carácter supra-individual, que le pre-existe como sujeto;
- el uso de drogas participa de un proceso de aprendizaje, dentro de funciones codificadas simbólicamente (por ejemplo, la lúdica) dentro de un patrón cultural que señala fronteras de razonabilidad y peligrosidad del mismo, incluyendo los posibles efectos, aún aquéllos integradores, como en los rituales de iniciación;
- la consideración de las drogas como fenómeno asociado a una eficacia simbólica, expectativas culturalmente codificadas de posibles efectos.

Dentro de este paradigma se encuentran los estudios de la historia del rock y los usos de drogas en los años 60, generando nuevos modos de vida en los sectores juveniles (estudios de psicodelia tribal serán retomados desde una perspectiva de la antropología cultural), y experiencias con drogas como inductoras de la extensión ante la percepción musical; como espacio “contracultural”.

En este agrupamiento se destaca el aporte discursivo a la Sociología de la Desviación y la Antropología Urbana; desde esta postura, el problema no es la “droga” ni el “drogado” y sus patologías, sino los usos que se les dan a las sustancias dentro de un mundo simbólico, en un espacio socio-histórico. Analizan el “problema de la droga”, “la plaga del siglo”, como reacción social de pánico moral y represión ante la masificación del consumo a partir de los años 60 en determinados sectores juveniles. La construcción que se hace de las conductas ligadas al etiquetamiento del adicto y las manipulaciones simbólicas sobre su

figura, de desorden social, concentrado “paranoicamente” como pánico moral en la figura “*drug*”, como carrera desviante en el mundo urbano (con antecedentes teóricos y metodológicos en la Escuela de Chicago, a partir de los años 20). Son representantes de esta corriente, con matices propios, los trabajos de O. Romaní y P. Willis trabajados en esta Tesis.

Se elaboran estas ideas desde una disciplina socio-antropológica de metodología participante que busca describir con precisión “la anatomía social” (Becker 1963), colocando a los individuos “desviados” bajo “su luz propia que es una luz humana” (Matza, 1969), citados por Agra en su estudio de paradigmas sobre el uso de drogas. Los estudios presentados en esta corriente por otra parte están ligados a las teorías de “subculturas” y de interacción simbólica; “cultura” en el sentido antropológico de producción y socialización de conductas, valores, ideas, objetos materiales: entre ellas se encuentran:

- las culturas “*hippies*”, “*punks*”, “*freaks*”, “*rockers*”, etc.;
- el análisis de los “estigmas”;
- el mundo “*hippie*” y las drogas;
- drogas, política y sociedad;
- los modelos teóricos de abordaje (jurídico, histórico, filosófico y religioso).

Por último, dentro de este paradigma, encontramos los trabajos que relacionan drogas, política y sociedad. Entre sus autores consideramos a Ehremberg (1991) y a Fatela (1991), que renuncian al análisis de la “droga” desde una patología, considerando que “la tradición occidental no cesó de multiplicar los obstáculos para el establecimiento de un consumo social integrado de estos productos; (...) a pesar de la antigüedad de la presencia en nuestras sociedades continúan manteniendo los productos psicotrópicos en una especie de exterioridad (...) renunciando a toda adquisición de un saber capaz de dar cuerpo a regulaciones susceptibles de favorecer un modo de consumo socialmente controlado” (Fatela, 1991)⁹⁹.

99 Ehremberg, Fatela y otros, en *Individuos bajo influencias*, op. cit.

El psiquiatra R. Ingold, responsable del “Ministerio Francés de Asuntos Sociales y de Empleo”, a cargo de la evaluación del funcionamiento de dispositivos sanitarios de prevención y tratamiento de las tóxico dependencias, representa una vertiente crítica que evita los obstáculos epistemológicos de abordajes tradicionales e instala una ruptura con las líneas clásicas antropológicas, naturalistas y procesuales. Forma parte de un grupo de autores que intentan redefinir métodos de funcionamiento para el análisis de los dispositivos sanitarios, o para agrupar la falta de consenso disciplinar. Presenta, así, un esquema del abordaje teórico-explicativo del fenómeno droga, sintetizado en tres áreas:

TEORÍAS		
SOCIOPÁTICAS	MÉDICAS	COMPORTA-MENTALISTAS
Recortan factores de riesgo, de desviación difíciles de discernir como específicos de la drogadependencia.	Realizan un perfil psico-patológico del adicto, su descripción clínica, la personalidad predisponente, toxicofilia.	Comprende las toxicomanías a la luz del pensamiento de Skinner, condicionamiento, punición, refuerzo.
-Estudian comparativamente muestras que generalizan (por ej., jóvenes en edad escolar) -Los objetivos no muestran condiciones más precisas de la aparición y propagación. -Las estrategias son prevención, identificación pero a partir de riesgos psicológicos y sociales de los adictos.	El psicoanálisis aporta las relaciones entre narcisismo y toxicomanía (Kohut); toxicomanía sin drogas (Fenichel); toxicomanía y P.M.D. (Rosenfeld); toxicomanía y perversión (Freda). Incluye cierto psicoanálisis que ignora las dimensiones sociales, económicas o culturales de la dependencia, y tiene tendencia a considerar al toxicómano en su dimensión biológica o estrictamente psicológica, haciendo de la toxicomanía una dolencia crónica e incurable.	Sustancia como principal agente responsable, desencadenante de respuestas.

Plantea F. R. Ingold¹⁰⁰, retomando al antropólogo español Comas, que deberían ser de lectura obligatoria para todos los técnicos y especialistas sobre “drogas” los análisis con perspectiva antropológica; ésta toma en cuenta la percepción de los propios grupos de adictos, dado que su visión puede ayudar a la comprensión de la toxicomanía y de los recorridos de la adicción, captando los contextos y procesos dinámicos implicados. Reclama además, un cambio de metodología, rescatando la observación participante en contra de las clásicas, dada la opacidad y trasgresión que evidencia este objeto y lo poco que se ha tenido en cuenta el proceso histórico de construcción del concepto social “droga” respecto a los estereotipos circulantes.

Dentro de este encuadre, se concibe al “adicto” dependiente en un pasaje a sujeto autopoietico, autónomo, clave en esta conceptualización; plantea un nuevo modelo de abordaje que supere las resistencias de este objeto de estudio, las dificultades y el poco éxito de los modelos conservadores (médicos, psicológicos, sociológicos), proponiendo la inclusión del método arqueológico y genealógico de Foucault, “analizador epistémico” que, aplicado sobre el fenómeno de la droga, conduciría a una concepción de ésta como objeto informacional al revelar formas de saber y de traer a la luz estrategias de poder. Así, se revelaría una relación entre saber y poder cuya naturaleza obliga a considerar, por un lado, la episteme actual de la ciencia que permita la emergencia de un saber complejo sobre el fenómeno de la droga y, por otro, las estrategias de poder que bloquean el desenvolvimiento de tal complejidad científica exigida por el fenómeno; de esta manera, el resultado es un saber conservador y simplista al servicio de ilusiones de cientificidad.

A su vez, en Argentina, A. Carballeda¹⁰¹ planteaba como una alternativa interesante la incorporación de la problemática de la farmacodependencia al primer nivel de atención de la salud en América Latina. La publicación comprende las distintas conceptualizaciones del fenómeno, diferentes propuestas a nivel institucional y de política

100 F. R. Ingold: “Los toxicómanos en Europa. Epidemiología y etnografía”, en *Individuos bajo influencias*, op. cit.

101 Carballeda, A.: *La fármaco dependencia en América Latina: su abordaje desde la atención primaria de la salud*, OMS/1991.

sanitaria, agregando la del análisis de “modelo” como un instrumento conceptual “... que permite profundizar acerca de las relaciones entre la creación de la teoría, la transmisión del conocimiento y la intervención práctica en la problemática del uso indebido de drogas”.

Considera que la “clasificación más usual” de “Modelos preventivos de abordaje al problema de las drogas” puede observarse en el cuadro que referencia como fuente a la “Comisión Nacional Contra el Uso de Drogas (CONACUID), de Venezuela del año 1988; ellos son:

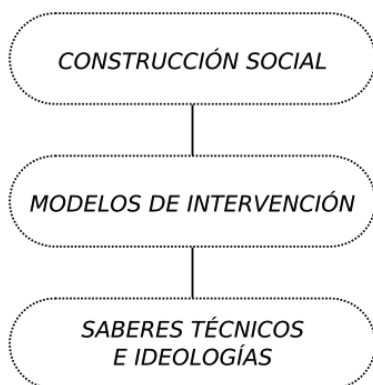
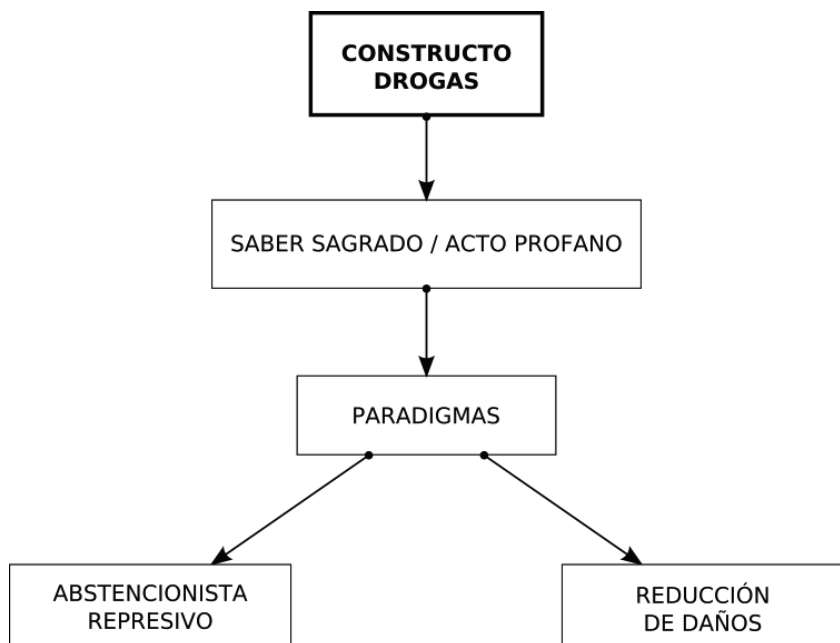
- a.] modelo ético-jurídico
- b.] modelo médico-sanitario
- c.] modelo psicosocial,
- d.] modelo sociocultural
- e.] modelo político-estructural (modelo reciente, indicado con el año 1987)¹⁰²

Por otra parte, el psicoanalista y docente de la Universidad Nacional de Rosario, Giunípero, L. señala: “La presentación habitual del paciente a través del enunciado “soy adicto”, revela, desde el comienzo de un tratamiento posible, una posición subjetiva, que se consolida en la identificación a un objeto del que no puede prescindir y por quien se ha tomado imposible, el sostenimiento de determinados lazos sociales. No despiertan interés las alternativas de un trabajo, el estudio, las referencias familiares habituales, ni su propio bienestar. La toxicomanía es un discurso que resiste los ideales que toda tradición paterna sostiene. “Soy adicto”, supone, en este tiempo de la clínica, la escucha de relatos que construyen un padecer, donde se muestra una disociación entre ideales perdidos y una compulsión a gozar. Así, llegan a los consultorios a mostrar sencillamente un “así se goza”. Mostración que evidencia que no se trata del placer, sino de un Más Allá de su Principio. Actor de un fantasma que lo gobierna, lo grupaliza y comanda compulsivamente, sostiene desde su posición de semblante el objeto –droga en el lugar de un ideal– idealizado.

102 *Ibid.* En la sección de “Anexos” se adjunta copia del cuadro de “Modelos Preventivos de abordaje al problema de las drogas. Naturaleza de las políticas y acciones preventivas”.

Escenarios que se ofrecen a la Mirada del Otro y despiertan su curiosidad científica, provocando la producción de saber sobre el tema. Discursos universitarios que sueñan con la interdisciplina como sumatoria de saberes, que respondan al enigma de un goce. Posiciones teóricas que ubican las toxicomanías, desde la perspectiva de un fenómeno social, para abordarla desde los distintos enfoques que ofrecen la medicina, la psicología, el psicoanálisis, la antropología, la sociología y los enfoques jurídicos y políticos. Estos enfoques y sus puntos de entrecruzamiento, suelen sostener los fundamentos de las Instituciones que se dedican a la atención de estos pacientes. Una lectura detenida de estos desarrollos teóricos, nos permite encontrarnos con “saberes” que reduplican la mostración narcisista y el conjunto de creencias sostenidas en sus grupos de pertenencia. El adicto al producir su acto, desmiente el significante de la castración, haciendo coincidir, el objeto incorporado, la satisfacción auto erótica y su producción alucinatoria. Cuando la angustia retorne, cuando la angustia le recuerde que su organización psíquica como sujeto, no ha prescindido de la función paterna, se abrirán dos caminos. La droga, al alcance de la mano o las palabras que de manera balbuceante, convocarán al psicoanalista a ocupar su lugar en la transferencia. Este tiempo de la clínica, de la interdisciplina, de la toxicomanía como categoría de diagnóstico médico-social, da lugar al tiempo del sujeto, y a los psicoanalistas”¹⁰³.

103 Giunípero, L. en *Revista “La Grieta”*, N° 5, 1994 (número dedicado al tema de “Adicciones”).



- CAPITULO 4 -

NOTAS METODOLÓGICAS:

CONSTRUCCIÓN DEL OBJETO-PROBLEMA Y ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN

El objeto-problema de nuestra investigación se construyó a partir de los saberes, representaciones y prácticas técnico-ideológicas de los trabajadores profesionales del sector de la salud pública municipal, como respuesta de la sociedad al llamado “problema de la droga”; es decir, profesionales e instituciones ligados a una “intervención”, dada la “alarma social” que aquélla suscita.

Con un enfoque teórico-metodológico relacional se buscó una interrogación en los planos de la política local, los servicios y las prácticas de salud; de las teorías y dispositivos desde el sector profesional, ámbito indisolublemente ligado a los estudios que priorizan la perspectiva de los propios usuarios de sustancias, su “itinerario o carrera” dentro de los grupos e instituciones, como aquellas investigaciones sobre el mercado, comercialización y la geopolítica de las drogas.

Como abordaje epistemológico del problema, se partió del anclaje de la “Antropología y Salud” desarrollados en el capítulo 2, respecto a las relaciones que articulan los conjuntos sociales y los ‘curadores’, a través del Proceso salud/enfermedad/atención (Ps/e/a), las tres dimensiones de esta categoría y los modelos de atención a los padecimientos. Los fenómenos humanos que tratan de comprender las ciencias sociales no pueden ignorar la diversidad genética de la especie humana, su complejidad bioquímica, biológica y fisiológica, las sociedades y culturas para la sobrevivencia, la subjetividad y variabilidad psíquica de cada sujeto, en un contexto de oportunidades y desigualdades socioeconómicas. Se distinguieron en relación a la salud, la enfermedad y la atención dos niveles: uno ligado a la gestión, acción, rituales y /o

técnicas del personal de salud dentro de normativas y marcos institucionales de la organización laboral; y otro, ideológico, constituido por valores, representaciones, actitudes éticas y morales de los profesionales en un contexto asistencial del usuario de drogas.

Si bien se asumió el papel central de la teoría como una construcción provisional en el proceso de investigación, con simultaneidad entre el trabajo conceptual y la empiria; la direccionalidad dada quedó plasmada en el capítulo 3, a partir de considerar el “constructo drogas” desde una complejidad asociada a los sentidos, significados y usos de las sustancias como a la vulnerabilidad de los usuarios; la polisemia de su categorización, las tramas culturales a lo largo de la historia, las lógicas explícitas e implícitas desde donde se producen “intervenciones” de saberes “expertos” (en un principio desde los modelos penal y médico), las representaciones sociales y escenarios de consumo, históricamente contextualizados.

El trabajo de campo fue realizado durante los años 1999-2003, con profesionales tanto en cargos de decisión de la gestión de salud municipal (Directores de Servicios, jefes de Programas, jefes de Departamentos, Coordinadores de Centros de Salud, etc.) como con personal de los servicios de salud pública (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, estadísticos, antropólogos, etc.). Con un diseño de investigación participante¹⁰⁴ y priorizando el “saber los actores sociales” como propio del enfoque antropológico, en un proceso “artesanal” se jerarquizaron los antecedentes de investigación con las primeras formulaciones de la problemática y los supuestos; éstos últimos giraban en torno a que las dimensiones socio-culturales no abordadas respecto a la drogadependencia producen fracasos y paradojas en la implementación de programas y gestión de políticas sociales, y contradicciones ante la vigencia del modelo médico hegemónico en el sector salud y la medicalización de la vida cotidiana.

104 En el marco de esta investigación, se realizaron distintas actividades de información en escuelas, en los servicios de salud dependiente de APS y hospitales; prácticas en los departamentos de Epidemiología, Programa de Salud Mental y en un Centro de Prevención, coordinación de Congresos y Jornadas, e integrando el comité editorial de la Revista “*Investigación en Salud*” de la propia SSP, entre otras actividades.

Ahora bien, conforme a la metodología planteada y la problemática focalizada, ¿Quiénes son los actores sociales a partir de los cuales se diseñan programas, acciones y dispositivos respecto a la drogadependencia? ¿Cómo categorizar o conceptualizar esta práctica sociocultural? ¿La perspectiva del actor utilizada implicará asumir homogeneidades en todos los trabajadores de la salud o se reconocerán en su interior representaciones y prácticas diferentes? ¿La prohibición y criminalización vigente excluye del sistema de salud a los usuarios? ¿Se adhiere a la posibilidad de la prevención? Si se interviene en drogas, ¿para qué, con quién o quiénes se interviene? ¿Siempre hay que intervenir? ¿Cuáles son los modelos de atención al usuario de drogas? ¿Existe una política de drogas en Rosario?

La propuesta de investigación partió de interrogantes y de una confesión teórica¹⁰⁵, para mostrar no sólo continuidades sino rupturas con lo empírico “observable” (percepciones, discursos, representaciones, saberes) respecto de la aproximación conceptual; la “reflexividad” participó de la espiral de interpretación y en los “efectos” de la presencia de la tesista en el escenario de investigación; la “inconclusividad” en la producción se mantuvo en el Informe Final, dado a la complejidad del fenómeno bajo estudio; la “indexicalidad” fue eje para la construcción de sentidos y significaciones en situacionalidad¹⁰⁶.

La complejidad institucional del tipo de organización pública que integran los profesionales—objeto de la investigación— implicó la construcción de instrumentos y modos de involucramiento particulares, ajustados a cada momento en el trabajo de campo, de modo de revelar dimensiones particulares y al mismo tiempo entender el conjunto institucional que hace a la Secretaría de Salud Pública Municipal.

Las estrategias metodológicas buscaron una “una descripción densa”¹⁰⁷, ante el “caos” de todo inicio de investigación, documen-

105 Willis, P. “Notas para el Método” en *Cuadernos de Formación* n° 2, Chile, 1984.

106 Spink, M. J.: Revista *Salud, cambio social y política*, ed. Foro Internacional, México, 1997.

107 C. Geertz, C.: *Géneros confusos. La resignificación de la cultura*, Méjico, Gedi-sa, 1987.

tando “lo no documentado” para poder comprender la diversidad y heterogeneidad de la “cotidianidad” estudiada:

a) estrategias de revisión de fuentes documentales: se seleccionaron, jerarquizaron y se interpretaron los documentos impresos por la propia Secretaría de Salud Pública durante un período histórico de dos gobiernos municipales, justamente de mismo cuño político. Este recorte temporal se realizó en base al enfoque sostenido en esta investigación acerca de las conexiones estructurales y azarosas que se establecen entre los sujetos sociales, la hegemonía y “transacciones” del campo salud. Parte de estos materiales lo constituyeron textos de divulgación, Boletines de Departamentos, Líneas de Programas de la Secretaría de Salud Pública, Informes anuales de actividades realizadas por los servicios, Actas de Congresos y Jornadas, fichas y “partes” epidemiológicos, gacetillas, etc.; algunos de ellos fueron adjuntados en la sección de “Anexos” de este Informe. También desde una perspectiva cualitativa se clasificaron y analizaron otras fuentes documentales, como revisión de partes e información clínica del servicio de “Guardia”, aún con la limitación de que en este servicio no se realizan las “historias clínicas”, rutina de organización del trabajo administrativo que sesgaba la mirada sobre los motivos de consulta en el ámbito de la salud pública municipal.

Asimismo, se analizaron otras fuentes documentales y bibliografía consultada que refieren a Ordenanzas del Honorable Concejo Municipal, Leyes Nacionales, textos de conferenciantes invitados a actividades dentro de la propia Secretaría, materiales de difusión periodística, publicaciones de asociaciones médicas, etc.;

b) estrategias de observación participante en los distintos servicios, como hospitales y Centros de salud, departamentos, espacios de talleres y reuniones de trabajo y actividades de intervención en la comunidad. Esta técnica implicó el involucramiento de la investigadora para relevar e interpretar significados, contextos y relaciones, con la consigna antropológica de “observar todo”, guardando la máxima fidelidad con la “situación observada” propia de la reflexividad planteada;

c) estrategias de “informantes clave”, constituidas por profesionales que posibilitaron el acceso a fuentes de información, prácticas de

colegas, grupos y espacios, oficiando como “porteros” de la investigación o bien por disponer de conocimientos específicos de casos; esta técnica presenta logros y obstáculos propios de la “indexicalidad” de la información obtenida y de los sesgos en los potenciales informantes;

d) estrategias de entrevistas semi-estructuradas, focalizadas en ejes temáticos, con una guía previa de “preguntas descriptivas”¹⁰⁸ que posibilitó la construcción de “contextos discursivos” o “marcos interpretativos de referencia en términos del informante”, según el contexto del universo significativo de los sujetos propios del enfoque antropológico;

e) asimismo se recogieron “testimonios”, en el sentido de relatos de vivencias personales, narraciones de “acontecimientos”, encuentros informales, todos “indicios” en el marco de la problemática en investigación, por lo cual se atendió a la máxima “textualidad” posible, teniendo en cuenta la mediación, la “traducción” implicada en las distintas modalidades de escritura de los registros de campo.

Los “recorridos” teórico-metodológicos esbozados reflejan intencionalidad de la investigación, por lo que “datos” construidos son producto de la direccionalidad que juega la teoría con la información de campo obtenida y la reflexividad en posibles presupuestos y juicios “etnocéntricos”. Los objetivos de la investigación fueron puesto en conexión con el análisis de la información obtenida, con las categorías analíticas referenciadas en la conceptualización, y desde el enfoque de la Antropología de la Salud. Por último, dentro de los requisitos de la “ética” del proceso de investigación, se atendió al no abuso de poder y al anonimato, esclarecimiento y consenso del destino de la información obtenida.

108 Spradley, R., citado por Achilli, E. y Cámpora, E.: en “*Proceso de investigación e intersubjetividad*” Mimeo, Rosario, 2002.

- CAPITULO 5 -

POLÍTICA, SERVICIOS DE SALUD Y PRÁCTICAS: UN PROGRAMA DE ADICCIONES EN LA SALUD PÚBLICA

“La evolución de la teoría y la práctica en salud pública no pueden ser estudiadas, metodológicamente hablando, como un proceso común a todos los países capitalistas, sino como procesos idiosincráticos vinculados a sus evoluciones políticas e ideológicas específicas. El renacimiento de la medicina hipocrática-galénica en el Occidente cristiano (...) coincidió con los primeros indicios del desarrollo urbano. Este se asocia a debates en relación a la responsabilidad de los gobernantes en la salud de los ciudadanos..El Estado moderno constituye su teoría política (...) sobre la base de la que fuera política urbana de las ciudades italianas del Renacimiento, así (...)la pobreza, el hambre o la enfermedad –problemas crónicos en la ciudad bajomedieval se convierten en asunto de Estado: lo cual exige indentificarlos, indagar sobre su etiología, y buscar respuestas para solucionarlos”

J. Comelles¹⁰⁹

5.1 – LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA EN EL ÁMBITO MUNICIPAL

En la ciudad de Rosario, el sub-sector público reunía efectores pertenecientes a dos jurisdicciones que correspondían a gobiernos de diferentes signos políticos: la jurisdicción municipal y la jurisdicción

109 Comelles J. *op. cit.* pp.17.

provincial. Este último ha intentado llevar a cabo –desde hace aproximadamente una década– un proceso de conversión de los hospitales públicos en hospitales de autogestión. En cambio, el gobierno municipal está conducido desde hace más de 10 años por una administración del mismo cuño político, que sostuvo como eje prioritario de la gestión política la Atención Primaria de la Salud (APS), planteándola como estrategia privilegiada de atención e intentando garantizar *la gratuidad, accesibilidad y equidad en la atención*¹¹⁰.

Esta particular configuración del sistema público de salud en el ámbito local fue generando un creciente desplazamiento de pacientes hacia efectores municipales, en los que encontraron mayor accesibilidad, atención gratuita, diversidad tecnológica (estudios de alta complejidad, medicamentos) e incluso alimentos a pesar del exceso de demanda propio del sistema. La llamada “Red” de servicios de Salud Pública municipal se encontraba organizada en tres niveles; el primero estaba compuesto por los Centros de Salud dependientes de Atención Primaria (AP), los niveles de mayor complejidad se prestaban en seis hospitales municipales de alta y media complejidad, dos maternidades y un centro de rehabilitación (dentro de esta orientación se incluye el Centro de Especialidades Ambulatorias), provenientes de los Centros “y vuelven a ellos una vez brindadas las prestaciones”.

La población total de Rosario (1.800.000 habitantes aproximadamente) estaba distribuida en seis (6) distritos: Centro, Norte, Noroeste, Oeste, Sudoeste y Sur (se excluía el distrito Centro cuyos habitantes contaban preferentemente con cobertura del sector privado) donde están ubicados la mayoría de los hospitales, tanto municipales como provinciales. La población de las áreas de influencia de todos los centros de Salud incluidos en APS es de 459.513 habitantes, *lo que significa tener posibilidades de llegar al 46% de la población total*.

110 La información fue seleccionada e interpretada de los materiales de difusión de la propia Secretaría, los registros se transcriben en “cursiva”.

5.2 – ATENCIÓN PRIMARIA COMO EJE DE GESTIÓN MUNICIPAL

“Un problema difícil es siempre un problema de salud pública”

Wagner Gastón Souza¹¹¹

La *Atención Primaria de la Salud*, a partir del análisis de documentación y material impreso por la propia Secretaría de Salud, se presentaba como una estrategia basada fundamentalmente en la “*construcción, concientización y defensa del derecho a la salud*”. “*Es una filosofía en acción diseñada para la constitución de sujetos capaces de luchar contra las condiciones que limitan la vida*”. Concebida como un primer nivel del sistema de red de la Salud Pública Municipal de la ciudad de Rosario, se la plantea como un *espacio donde conviven la comunidad –punto de contacto directo entre la gente– y el Estado municipal*. El objetivo esencial explicitado es el de equidad y acceso gratuito en la atención, *por lo que alcanzar este propósito implica un gran desafío: garantizar la utilización efectiva de los servicios según la necesidad*. La descentralización de la ciudad en distritos intentaba facilitar el acceso de la población a espacios de participación; los *Centros de salud son lugares de encuentro donde comunidad y trabajadores de la salud promueven estrategias para la prevención y promoción de la salud desde un punto de vista integral*. Los ejes del trabajo de APS se basan en la *construcción de procesos locales de programación participativa que parten de una visión epidemiológica y dinámica de la situación de salud*.

En los documentos de la abundante “*folletería*” se indicaba que son prioritarios los criterios de *equidad, participación, eficiencia, prevención y promoción de la salud; prácticas amplias y contextualizadas de atención a la salud que permiten la efectividad del diagnóstico y las respuestas ofrecidas en la realidad social y cultural en la que se desarrolla el proceso de salud y enfermedad*. Aseguran la *integralidad y seguimiento de cada problema de salud, entendiendo el trabajo clínico como el desarrollo y sostenimiento de un vínculo interpersonal donde el equipo terapéutico*

111 En declaraciones a un periódico de la ciudad de Rosario, el 18/9/1999.

es continuamente responsable del proceso de atención, aún cuando éste incluya interconsultas o referencias a otros niveles. Esta práctica clínica se reformula permanentemente a la luz de una visión epidemiológica sujetándose a la planificación local. Prácticas específicamente dirigidas a garantizar la equidad en la utilización de servicios de salud según necesidad: el desarrollo de posibilidades de escucha, sensibilidad, diálogo y flexibilidad de la institución.

Los Centros de Salud cubrían aproximadamente el 60% del millón de consultas que se hacían en la red de salud pública municipal; *este hecho implica una clara mejoría para el usuario que obtiene una satisfacción a su consulta en el radio geográfico más próximo. Situar-se ante la salud desde un punto de vista integral implica contar con un equipo interdisciplinario compuesto por distintos especialistas y profesionales; también, interrelacionarse con otras instituciones (parroquias, escuelas, vecinos, etc.), intersectorializar las acciones a través de educación, vivienda, saneamiento ambiental, entre otras*¹¹².

Se ponía énfasis en que el equipo de salud *detecta el pulso de las relaciones humanas, económicas, sociales y culturales del mismo*, lo cual les permite desafiar y actuar *según estrategias de planificación local, ofreciendo la posibilidad de una valoración continua y un encuadre de situaciones y tratamientos con objetivos precisos y evaluables. Hay una marcada tendencia a recuperar el lugar y el rol que desempeñaba en las familias el médico de cabecera. La enfermera es esencial para un centro de salud. Es el contacto más flexible y directo con la gente, en la sala de espera se percibe su permeabilidad. Es responsable de desarrollar e implementar las estrategias de cuidado*¹¹³.

La articulación de Atención Primaria de Salud con Internación Domiciliaria y el Centro Ambulatorio (CM) era la tríada fundamental en el enfoque de la Salud Pública Municipal Ambulatoria.

La Salud Pública aborda la complejidad de las problemáticas actuales de la salud desde una concepción solidaria, capaz de defender valores esenciales como la equidad, la eficacia técnica y social, la justicia redistributiva y la integralidad. Comprende a la salud en toda su dimensión,

112 *Ibíd.*

113 *Ibíd.*

*como proceso social, histórico y cultural. La dupla salud-enfermedad requiere la participación de saberes y prácticas de distintos actores (trabajadores de la salud, comunidad) la cooperación de las distintas disciplinas y una mayor aproximación intersectorial. La concepción de salud se expresa como equilibrio vital, originado en la relación que se establece con el medio, con los otros, con uno mismo, con la alimentación, con las posibilidades y las dificultades de la vida. Esta concepción de la salud pública centra su acción en la preservación y la promoción de la salud, asumiéndola desde un sentido positivo y dinámico para desarrollar capacidad de superación y de transformación*¹¹⁴.

5.3 – INCOHERENCIA I: DE LO POLÍTICO A LA GESTIÓN DE SALUD. LA “FICCIÓN” EN UNA INTERVENCIÓN DE SALUD PÚBLICA

Conforme a la aproximación conceptual desarrollada en el CAPÍTULO 3, el consumo de sustancias tóxicas es una práctica presente en todos los tiempos y en todos los espacios de la humanidad. Podemos pensarla en sus orígenes como una terapéutica empírica basada en conocimientos fisiológicos y botánicos, que trascendía a comportamientos religiosos y “mágicos”, convirtiéndose así en prácticas comunitarias con alto grado de “eficacia simbólica” en sociedades etnográficas, enmarcadas en una significación colectiva –sagrada y ritualizada–, es decir, regulada por la cultura como actos religiosos, culturales o políticos.

Pharmakon se muestra como remedio y veneno, como peligro y fascinación de una modernidad, placer y muerte, alarma y sosiego, en un juego de fronteras entre el perjuicio y el beneficio, entre discrepancias y acuerdos, entre lo individual y lo colectivo; recordando la construcción social de esta práctica de consumo, donde se tensa la clásica tríada de un sujeto, una sustancia y un contexto socio-cultural.

A partir del siglo XIX es, en las sociedades occidentales, que los usos de drogas, tanto expresivos como instrumentales, comienzan a inscribirse como un “problema social”; en un pasaje de espacios sa-

114 *Cuaderno de Atención Primaria de la Salud*, impreso por la SSP.

grados a profanos, donde se rompen anteriores regulaciones, se ponen n crisis marcos teóricos, posibilidades de integración interdisciplinar, interpelando la actividad académica y profesional. En la actualidad cualquier política de “control de drogas” tiene lugar en un marco de mundialización de la economía, la circulación de mercancías y liberalización del comercio por lo cual se dificulta la implementación y se agrega la falta de credibilidad ante la opinión pública, en un contexto de mercado de corrupción y violencia, que atenta contra los derechos y protecciones de los ciudadanos en democracia, usuarios o no de drogas.

El “narcótico”¹¹⁵ —que a principios de siglo también es traducido al francés como *estupefacientes*— se ha transformado en las sociedades democráticas en un “problema social” que interpela al campo político y sanitario, donde están en juego libertad y represión sobre los sujetos involucrados, derechos a la autonomía, a la independencia, intereses de la persona y coerciones del orden social. El tema de “los tóxicos” y las adicciones ha producido un “rito de pasaje” del campo moral a una cuestión pública. Ciertas sustancias que “permiten al hombre dar a las sensaciones ordinarias de la vida y a su manera de querer y pensar una forma desacostumbrada”¹¹⁶ soportan una “cruzada”, que comienza con la propia noción de “droga” en los discursos sociales y atraviesa las contradictorias relaciones entre el conocimiento científico-técnico y la gestión de políticas sociales y de salud.

Con transacciones en dos “campos” como la medicina y la justicia, con clasificaciones y regulaciones en constante negociación y conflicto, ambas disciplinas serán las que detenten el poder para el heterocontrol. Estos “heterocontroles” son entendidos como “prácticas instrumentalizadas por profesionales sobre la base de un saber y de técnicas específicas generalmente dispensadas en instituciones especializadas”¹¹⁷.

A partir de los supuestos ya mencionados y categorías planteadas, la interrogación acerca de la política local, los servicios de salud y las

115 Del griego *narkoum*: adormecer, sedar.

116 Lewin en Escotado “La historia de las drogas”. Cap. 1. *op. cit.*

117 Castel, R. y Appel, A. agregan al sector médico el psicológico, el psicoanalítico, específicamente para Francia.

prácticas orientó la investigación hacia los modos de construcción de políticas públicas y sus condiciones de legitimidad, sobre el modelo de interpretación y gestión en el campo de las drogas. *Las adicciones*, desde la denominación de la normativa municipal como “*problema de salud*”: ¿qué repercusiones tenía en lo social? ¿Cuáles eran las consecuencias de la concepción de “*salud integral*” manifestada como *eje de gestión*? ¿Sería abordado desde la salud física y mental? ¿Cuáles eran las respuestas sociales y de salud para las *adicciones*? ¿Es un campo en que siempre “se debe” intervenir? ¿Para qué, con quiénes intervenir? ¿Cuál es el trabajo y la formación del personal en el campo de las drogas? ¿Qué acciones se realizan desde los profesionales? ¿Desde qué estrategias sociales, terapéuticas y opciones orientadas a la atención? ¿Se integraban los usuarios recuperados o sus familiares?

Sirvan estos interrogantes como introducción al análisis e interpretación de la distancia entre una “regulación normativa” de una Ordenanza Municipal y la efectiva implementación de una política de salud en el campo de las drogas, en la jurisdicción de la ciudad de Rosario. La “intervención” sobre políticas de drogas en la ciudad fue interpretada como una delegación hacia la asistencia médica y psicológica, como “sistemas abstractos de la modernidad” en palabras de Giddens, donde se acudió al *sistema sanitario* y sus “expertos” —especialistas, curadores profesionales— con saberes hegemónicos en la responsabilidad de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de *adicciones*, que subordinaron saberes profanos en el auto-cuidado, otros sistemas de salud, la participación comunitaria y articulación histórico-cultural de la problemática.

En este trabajo se hace referencia y se interpreta la capacidad de “apropiación” por parte de los “sistemas de expertos”, en el caso bajo investigación, el poder político y el sector salud expresado en la gestión central desde la Secretaría de Salud Pública (SSP), dependiente del Ejecutivo Municipal a través de normativas con función de regulación “...para cambiar la definición y forma de los problemas que son sometidos a su pericia, y el consiguiente poder de crear una realidad social nueva. Esta peculiar capacidad normativa asociada a la práctica profesional ha sido leída por algunos como fundamento del orden social; cuestionada por otros como instrumento de control e

instrumento de consolidación del estado capitalista. En ocasiones se ha identificado su forma y efectos con la noción de poder elaborada por Foucault”¹¹⁸.

En la investigación, uno de los primeros documentos que se trabajó fue la Ordenanza N° 6536/98, para comprender la “transferencia” de la problemática de las *adicciones* al sistema “experto” de salud pública municipal, por parte del poder político de la ciudad expresado en el Honorable Concejo Municipal, destinado a intervenir en el orden social (originado en relaciones de autoridad como “creaciones sociales destinadas a delimitar posibilidades y límites en el comportamiento de los individuos y grupos”)¹¹⁹.

¿Cómo se construye una “regulación” en salud pública? ¿Cuál es la relación de trabajo y comunicación entre el Poder Legislativo Municipal y el Poder Ejecutivo con sus distintas Secretarías? ¿Basta una Ordenanza para generar consenso en el sector salud, para fijar estrategias de acción preventiva y modelos de atención en drogadependencia? ¿Cuál será su legitimidad y eficacia? ¿Estaba legitimada la acción médica como “sistema experto” en drogadependencia? ¿Una ordenanza implica la inmediata adhesión y búsqueda de capacitación de los trabajadores de la salud dentro del encuadre de aquélla?

Siguiendo a G. O’Donnell¹²⁰, se sostiene que los términos “políticas públicas” o “políticas del Estado” tienen un sentido controvertido, pues hacen que se conciban como un conjunto de acciones y omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión que concita la atención, el interés o la movilización de otros actores en la sociedad civil. En dicha intervención puede inferirse una cierta direccionalidad, una determinada orientación normativa, que previsiblemente afectará el futuro curso del proceso social desarrollado en torno a la cuestión.

La política estatal no constituye ni un acto reflejo ni una respuesta aislada sino, más bien, un conjunto de iniciativas y respuestas mani-

118 S. Belmartino en *Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina*, Bs. As., Lugar Editorial, 1999. pp.122.

119 *Ibid.*, pp.17.

120 O’Donnell: *El Estado burocrático autoritario*, Bs. As., Editorial de Belgrano, 1982.

fiestas e implícitas que —observadas en un momento histórico y en un contexto determinado— permiten inferir la posición del Estado frente a una cuestión que atañe a sectores significativos de la sociedad. En segundo lugar, es preciso señalar que si una política estatal es la suma o producto de iniciativas y respuestas, y que son diversas las unidades y aparatos estatales potencial y materialmente involucrados en la fijación de una posición, las predisposiciones o decisiones de las diversas instancias intervinientes resultarán a menudo inconsistentes o conflictivas entre sí.

De tal modo, según el análisis de la normativa que impulsaba la Ordenanza de 1998, se imprimía en su intención una “regulación” sobre poblaciones “ocultas” que demandaban atención —como son la de los usuarios de drogas— encuadrando las adicciones como una problemática propia de las personas que tienen “*problemas de salud*”.

A través de esta Ordenanza N° 6536¹²¹, la Comisión de “Salud, Desarrollo y Previsión Social, Deportes y Recreación” del Concejo tomaba en consideración el Proyecto de numerosos concejales “mediante el cual crea en el ámbito de la ciudad el *Programa Integral de Atención y Prevención de Adicciones*” (a continuación el subrayado es nuestro).

Expresaban los autores, que “... *en el ámbito de nuestra ciudad, tal como sucede en muchos lugares de nuestro país y el mundo, la problemática de la adicción a drogas se ha instalado en todos los sectores de la sociedad, atacando a los sectores más desprotegidos, cuyo emergente más expuesto y vulnerable lo constituyen los jóvenes*”. Y continúa: “El objetivo general del Programa es dar respuesta integral a esa problemática en sus distintas manifestaciones y estará orientado tanto a la prevención como a la atención y tratamiento de la población afectada y de reinserción en el seno familiar y social de la población”.

Por otra parte, en dicha Ordenanza se manifestaba como objetivo general del Programa “*dar respuesta integral desde el sector salud, incorporando el dispositivo sanitario global en los diferentes niveles de prevención, asistencia, rehabilitación e inserción laboral protegida*”.

121 Con fecha 2 de abril de 1998, según Expediente 84.886-P-1997 (Honorable Concejo Municipal), y Proyecto de Ordenanza N° 6536.

Se señalaban –como objetivos específicos– *coordinar y articular los distintos sectores, teniendo en cuenta los distintos tipos de adicciones*; brindar tratamiento ambulatorio o con internación; *brindar capacitación permanente a los profesionales* para su perfeccionamiento en las temáticas involucradas; *realizar el registro de datos estadísticos actualizados*, a cargo del Departamento de Epidemiología de la Secretaría de Salud; y *brindar asesoramiento a familiares de pacientes*.

En su Artículo 5º, se señala que las actividades del Programa estarán orientadas tanto a la *prevención* en el contexto de la población en general, como a la *atención y tratamiento* de la población afectada y la reinserción en el seno familiar y social.

En el Artículo 7º, prevé distintos niveles o etapas de intervención, a llevarse a cabo desde los siguientes dispositivos clínicos:

- a.) *Urgencias*, primera atención en el Hospital de Emergencias (HECA), donde el paciente será derivado según indicación médica.
- b.) *Tratamientos ambulatorios*: en los distintos efectores de salud municipal, consultorios externos de hospitales y centros de salud.
- c.) *Centros de día*: Deberán funcionar en el Hospital Alberdi, Carrasco y Roque Sáenz Peña, o bien en ámbitos creados para tal fin.
- d.) *Internación transitoria o prolongada*, por el lapso de tiempo que sea necesario, se efectuará en los hospitales mencionados. En los casos en los cuales el *equipo multidisciplinario del Programa*, en forma directa o mediante prescripción de un especialista, determine la necesidad de internación en sitios especiales, *se habilitarán los mismos* o en su defecto *se realizarán convenios con ONGs* o con otras instituciones públicas de internación con el objeto de disponer de recursos alternativos. En todos los casos se efectuará *control de admisión, evaluación y seguimiento por parte del equipo multidisciplinario* para la mejor coordinación y funcionamiento de los efectores destinados a internación.

Se aclaraba también que para los “*casos sociales*”, la Secretaría de Salud Pública garantizará la gratuidad de los cuidados prolongados que brinden instituciones especiales.

La interacción domiciliaria se brindará en forma articulada con el *Servicio de Internación Domiciliaria vigente*.

Además, el tratamiento social se hará en forma coordinada con el Departamento de Trabajo Social, de la Secretaría de Salud Pública y *coordinadamente con las acciones que lleve a cabo la Secretaría de Promoción Social*.

En su Artículo 8, se expresa tener en cuenta “... especialmente el 1º art. para transmitir a sus pares las propias experiencias y *la formación de grupos de jóvenes en dos niveles*: reflexiones formando grupos en el efector de salud más cercano a su domicilio que atiende esta problemática; el 2º grupo de jóvenes que se han recuperado en calidad de agentes de prevención que realizarán las actividades de *promoción de salud*, preferentemente en los centros de salud cercanos a su domicilio”.

Finalmente en su Art.9 se indica: “... para que el Programa pueda constituirse en *un espacio de discusión permanente sobre las distintas teorías admitidas sobre la problemática se creará un Consejo Asesor Consultivo*, el cual estará integrado por el Coordinador del Programa, el Presidente de la Comisión de Salud del Honorable Concejo Municipal y las distintas instituciones sociales que trabajan el tema con el objeto de consensuar metodologías de prevención, tratamiento, seguimiento y evaluaciones pertinentes”.

Se añadía que la orden reglamentada conminaba al Departamento Ejecutivo a reglamentar la presente Ordenanza en un plazo que no deberá exceder los *90 días*, a partir de su promulgación, con fecha de la Sala de Comisiones del 2-04-98.

La deslegitimación de la Ordenanza: la ficción de “ocuparse” de las adicciones:

Si consideramos a la drogadependencia como un problema que se transforma, según palabras de R. Castel, en “cuestionador de la naturaleza del lazo social”, desde el poder público se presentaba como un

“problema de salud” y como necesaria su regulación y su intervención. Esta regulación desde el poder político, bajo el análisis crítico, produjo su propia deslegitimación y vaciamiento de contenido ante el desconocimiento de dicha normativa, la falta de recursos, y las dificultades de implementación registradas en los discursos de los trabajadores de la salud. Sólo con legitimidad, discusión, capacitación, podía producirse una “eficacia experta” en el espacio de salud y un anclaje en las “rutinas” de la cotidianeidad laboral de los protagonistas: los propios profesionales de la salud, apelando a generar un consenso de todos los actores sociales involucrados (el aparato jurídico, religioso, policial, incluyendo a los propios usuarios y la comunidad toda) en el abordaje de esta práctica multidimensional.

Según las entrevistas realizadas, la Ordenanza N° 6536/98 era prácticamente desconocida por los profesionales de salud¹²², sólo la recordaban aquéllos que –con funciones de gestión– habían concurrido al recinto del Honorable Concejo Deliberante de la ciudad al momento de la votación:

“Los concejales hacen saludos a la bandera. ¿Quién sabe las cosas que votan? (...) ellos cumplieron, pero ¿quién vigila que se cumplan?” (Psicóloga, Directora de Programa).

“Sí, conozco la Ordenanza, pero es muy difícil de cumplir. Los concejales así muestran como se ocupan de las drogas”. (Médico, Director de Hospital).

“... ¿la Ordenanza? Sí, la recuerdo, el borrador fue hecho en mi casa... pero viste como son las cosas... los concejales votan... pero después...”. (Psicoanalista, Funcionaria).

“... Vamos a llevar la Ordenanza a todos los Directores de Hospitales, para que sepan que existe. Puede ser que así notifiquen a los adictos en

122 Cabe señalar como excepción a este “desconocimiento” a los profesionales del Centro de Prevención en Adicciones de la SSP; se analizará en el próximo eje, donde este “saber” sobre la Ordenanza se transformaba en un elemento más del aislamiento en que se encontraba esta institución dentro de la propia estructura de salud municipal.

el Parte Epidemiológico C-2". (Estadística, funcionaria).

"...acá, desde la SSP nos piden que vayamos al Concejo, sobre todo cuando los medios empiezan a molestar con algún tema. Ahora con lo que pasó con las chicas y el trago "pitufó" en el Alberdi, van a buscar qué se hace con el alcohol... pero después pasa". (Estadístico, en Programa de Epidemiología).

Esta Ordenanza también sería invocada y presentada a los Directores de Hospitales de la SSP como fruto del esfuerzo *"personal"* de la dirección de un servicio de Prevención y de un departamento de Epidemiología de la misma SSP, invitando a la notificación epidemiológica sobre adicciones requerido por el *"Proyecto de la Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones - Hacia un monitoreo"*, de octubre 1998. Se repetía en los registros la falta de legitimidad de esta normativa, en los discursos de desconfianza, escepticismo, suspicacias sobre la propia autoridad en la gestión como se desprende de las actas anteriores.

En el diario de la ciudad: "La Capital" del año 1999 se señala:

"El Ejecutivo municipal guarda entre sus cajones otra ordenanza que requiere de su implementación. La iniciativa establece la creación del Programa Integral de Atención y Prevención de Adicciones. El proyecto ideado por el Concejal del FREPASO Miguel Zamarini (luego Secretario de Promoción Social —nota de la autora—) fue aprobado en abril del año pasado y aún se encuentra en estudio. Ni siquiera se implementó la instalación de una línea telefónica gratuita destinada a brindar orientación a los enfermos y a sus familias, previstas por el proyecto"

Más adelante, se indicaba que el objetivo del Concejal Zamarini con la Ordenanza se trataba de *"...dar respuesta a la problemática en sus distintas manifestaciones, incorporando el dispositivo sanitario global en los diferentes niveles de prevención, asistencia, rehabilitación e inserción laboral protegida"*.

Pero el “divorcio” dentro del mismo poder político, concejales y Ejecutivo municipal¹²³, se reiteraba respecto de la instancia política y la atención a las *adicciones*, transformándose en un dispositivo que mostraba la incapacidad de los “sistemas expertos” por sí solos para imponerse en esta temática (sucede respecto al sistema jurídico cuando legisla por la “criminalización” del fenómeno toxicomanía, o en salud y sus sistemas de rehabilitación a través de la “estructuración” en el disciplinamiento, o medicalizando el uso problemático con sustitución por metadona).

Cabe señalar a propósito del mentado “divorcio” entre las instancias políticas de la ciudad durante el año 2003 que, como parte de los argumentos de campaña política ante las elecciones del cargo de intendente para la ciudad, fue tema de “agenda” de publicidad la necesidad de inclusión de representantes de los Concejales en el gabinete municipal, justamente teniendo presente la enorme distancia entre lo que se votaba en el Concejo y la ejecución de dichas políticas desde la gestión de cada una de las Secretarías.

Al desconocimiento de la Ordenanza por parte de los profesionales de la salud se agregan registros de “*quejas*” de miembros de la Secretaría de Promoción Social, manifestando desconocimiento de la Ordenanza y falta de comunicación con los profesionales de la salud del sector público municipal. El desconcierto manifestado aumentaba al ser interrogados por las posibilidades de articulación que supuestamente ofrecía dicha Ordenanza, dado que la desconocían. En oportunidad de realizarse un encuentro sobre “Adicciones” desde el programa de Salud Mental, en el CM (Centro Medicina Ambulatoria), durante el año 2000, los profesionales presentes de la Secretaría de Promoción Social, señalaban:

“Nunca trabajamos juntos con Salud, nosotros tenemos miles de problemas con los chicos del poxi, que están en la calle, pero nunca se sabe qué hacer”. (Trabajadora Social, Secretaría de Promoción Social).

123 Ejecutivo municipal está integrado por el Intendente en primer término, y sus Secretarías —entre ellas la de Salud Pública, Secretaría de Promoción Social, etc.—; estos últimos constituyen el llamado “gabinete municipal”.

“Vinimos casi obligados a esta reunión, no hay trabajo en común, nunca se pudo trabajar cooperativamente, Promoción por un lado, Salud por otro”. (Antropóloga, Secretaría de Promoción Social).

“Nunca supimos de una Ordenanza... debe ser para los de Salud”. (Psicólogo, Secretaría de Promoción Social).

“No sé si es por un problema de las direcciones de Promoción y Salud, cuando necesitamos ayuda con los chicos de la calle, te ayudan los médicos que conocés por relaciones personales, gente solidaria... pero nunca por acuerdo institucional”. (Trabajadora Social, Secretaría de Promoción Social).

Si bien la Ordenanza tenía una definición clara y explícita respecto al tratamiento de *las adicciones como un problema de salud pública*, no se organizó un tiempo para la capacitación de los agentes sanitarios, actividades o dispositivos intersectoriales. El presupuesto para este Programa nunca fue incluido en la agenda de Hacienda. De los registros de campo se informa sobre un monto de dinero proveniente de los impuestos a los espectáculos públicos que administraba la misma Secretaría de Salud Pública desde el año 1999; pero tampoco se previó una asignación de un presupuesto de la gestión municipal. Una normativa en una ciudad no basta para un tema tan complejo y multidimensional. Así lo demuestran los análisis y textos de investigadores preocupados por la prevención, atención y rehabilitación (trabajados) como “Antecedentes de investigación” que sugieren la necesidad de capacitación interdisciplinar de equipos, una flexibilidad en los programas de prevención y atención, prevenir la exclusión social que rodea siempre esta problemática, evitando el etiquetamiento y la punición. Rescatamos:

- La consideración de la adicción como un padecimiento, pero debe acompañarse con información por parte del profesional de la salud respecto al uso recreativo de sustancias (Inchaurreaga, S. y otros).
- La trayectoria de violencia y traumas que acompañan a este fenómeno (Epele, M.).

- Atención a las cuestiones de género en el uso de drogas (Epele, M.; Wallace, S. entre otros).
- Análisis de las distintas concepciones implicadas en la prevención (Touzé, G.).
- La posibilidad de la interdisciplina o inter-saberes (Stokiner A.).
- Las dificultades en la investigación epidemiológica (Escudero, J.C.).
- Los problemas institucionales en los dispositivos de salud (Grimberg, y Margulies, S.).
- El control social y derechos humanos implicados en toda práctica de intervención respecto al uso de drogas (Castel, R. y otros).
- La gestión de los fenómenos asistenciales es el resultado de la coincidencia entre la estructura de los rituales curativos de la enfermedad, según la ideología tradicional dominante: el cristianismo, y el paradigma del origen, desarrollo y tratamiento de la enfermedad infecciosa. (J. Comelles)

La dificultosa posibilidad de notificación epidemiológica que reclamaba la Ordenanza hace recordar los recaudos señalados por J. C. Escudero¹²⁴ respecto a las actitudes etnocéntricas que se presentan en el registro de drogadependencia y que focalizan siempre sobre la demanda y nunca sobre la oferta.

Sin embargo, se había instalado en los Departamentos implicados en la normativa que la primera iniciativa sería la instrumentación por parte de los profesionales de la salud de un instrumento único de notificación para todos servicios de la misma SSP, cuantitativo, por motivos de consulta.

“Pero...va a llevar tiempo este proceso, estamos en una etapa de sensibilización para la notificación por drogas, han pasado sólo dos años de la Ordenanza”. (Estadística, funcionaria SSP).

124 Escudero, J. C. *op. cit.*

Entrevistados los profesionales de la salud pública, a lo votado por los Concejales de la ciudad y tomar conocimiento de ello se sumaban dudas por la implementación de los contenidos programáticos; las narrativas de una profesional, Psicóloga, Jefa de Servicio de la SSP, colocando *signos de preguntas* en cada artículo que leía en la copia de la Ordenanza:

“... Hay partes que yo no entiendo, y se habla de dispositivos que no sé si existen en la Secretaría de Salud Pública, por ejemplo el asunto de internación domiciliaria... no sé qué es. El otro punto respecto a generar un espacio de coordinación, en estos momentos es imposible, políticamente imposible”.

“Dice la Ordenanza coordinar con Trabajo Social... ¿sabés qué le asignan a las Trabajadoras Sociales en los hospitales? Hacer los documentos de identidad de la gente, no damos abasto”.

“... La Ordenanza habla de inserción laboral del drogadependiente... es casi imposible pensarlo en la actual situación de desempleo... sería bueno que los concejales indiquen los cómo de las intenciones escritas allí...”.

Por otra parte, en ningún punto del abundante material impreso de la Secretaría de Salud Pública –de los años 1999, 2000, 2001– se mencionaba la Ordenanza en cuestión, como tampoco el *“El Programa Integral para la Atención y Prevención de las adicciones”*; a modo de ejemplo se mencionan algunos títulos de estas publicaciones:

- *“La salud pública en Rosario, un derecho de todos”*. Año 1 .Nº 1-Marzo del 2000. Se difunde La Dirección para la Inclusión de personas con discapacidad y el Instituto del Alimento.
- *“Promoción de la salud: en la construcción de una ciudad saludable”*. Sin fecha de impresión, pero el texto parte con una cita de *“Las ciudades del 2000...”* Informa sobre red de servicios de salud, Atención Primaria de la Salud, Programa de Salud Integral de la Mujer, Dirección para la Inclusión de las personas con discapacidad, Área Educación para la Salud, Programa

de Inmunizaciones, Programa Municipal de SIDA, Programa Integral para el abordaje de la Tuberculosis, El Instituto del Alimento, y el Área Salud Escolar.

- “*La Salud un derecho de todos*”. Septiembre 2000. Constan allí: Atención Primaria, Internación Domiciliaria, CM, Maternidad Martín y Roque Sáenz Peña, y el resto de estructura hospitalaria municipal, Plan Integral de Salud de la Mujer, Laboratorio de Especialidades Médicas, Instituto del Alimento, SIES, Promoción de la Salud, Dirección Municipal para la Inclusión de Personas con Discapacidad, Dirección de Salud Bucal, Programa Municipal de SIDA, Programa Integral para el abordaje de la Tuberculosis, Programa de Salud Mental.
- Volante “*Protejamos a nuestros adolescentes*”. Hospital de niños y adolescentes, SSP. Si bien se graficaba la droga como posible “*ataque*” al adolescente, entre otros problemas, ninguno de los profesionales entrevistados conocía la Ordenanza ni el Programa de adicciones.

En todos los materiales impresos por la Secretaría de Salud Pública incluso se repetían y reiteraban los mismos programas, pero en ninguno se encontraba el mencionado “*Programa Integral de Atención y Prevención de las Adicciones*”, votado en el Honorable Concejo Municipal de la ciudad.

“... no sé, todos hablan de lo buena que es la salud pública en Rosario, pero por lo pronto es una buena salud publicada”. (Conferenciante sanitarista de Bs. As. en charla informal entre panelistas, durante el 8º Congreso “La salud en el municipio de Rosario” de la SSP, año 1999).

Como ya se hizo referencia, el desconocimiento se extendía al personal de otras secretarías, por lo cual el mentado *espacio de “discusión permanente y Consejo Consultivo”* no tomó existencia alguna.

En registros con participación, en una reunión para la realización de encuestas dirigidas a jóvenes –organizadas por el Centro de la Juventud que depende de la Secretaría de Promoción Social– se pre-

guntó por las líneas de trabajo que prevé la Ordenanza respecto a este grupo etéreo; el desconocimiento de ésta era absoluto.

En los “*Talleres de la Juventud*”, dependientes de la Secretaría de Promoción Social, realizados durante el año 2000, decía un profesional a cargo de dichos talleres:

“En la ciudad es casi inexistente una política para jóvenes, y muchos menos pensando en la reinserción de adictos. No sabía que los Concejales habían hecho esta Ordenanza”. (Psicólogo, Secretaría de Promoción Social).

Así mismo, en el Hospital de Niños y Adolescentes, un profesional, Médico Pediatra que dirigía un trabajo de investigación sobre niños y adolescentes, decía:

“Pensar una política de jóvenes en Rosario es una utopía, no hay nada, es un grupo etéreo totalmente desprotegido; aquí, en este hospital municipal de niños y adolescentes se atienden hasta 13 años, pero llegan igual de más edad... ¿qué puedes hacer? Mandarlos a los hospitales de adultos, con una intoxicación por pegamento, o por drogas... los dejás unos días y ves qué les pasa. Pero después no hay nada más”.

Por otra parte, la referencia a la escasez de infraestructura que hará posibles los dispositivos era todo un problema en sí mismo. De los cinco hospitales visitados, se encontró sólo “una salita” funcionando, germen del futuro *Hospital de Día* –y para atención a diabéticos– en la zona norte. Pero en ninguno de ellos había “adictos”, ni personal para su atención, se repetía el desconocimiento de la Ordenanza y del “*Programa Integral de Atención y Prevención de las Adicciones*”.

En diciembre de 1999, esta investigadora participó de una reunión con uno de los directivos de hospital de la zona norte, justamente para *pedir fondos a LUSIDA, para construir el hospital de Día; estructura que ya se nombra funcionando en la Ordenanza*. Sin embargo respecto al dispositivo “Hospital de Día” para drogadependientes, en una entrevista con la responsable de programas de la SSP, en el año 1999, decía:

“No, nada de empezar con epidemiología con las ONG, después nos piden subsidios, mejor empezar con los adictos de nuestros hospitales de día, se podría comenzar con el de la zona norte”. (Bioquímica, en Gestión SSP).

“A los encuentros URB-AL, se podría ir, estuvo gente de “Programas” de la SSP en la reunión de Chile. Ésta adhería, puede adherirse a programas URB-AL, porque está la Ordenanza y tenemos los hospitales de día”. (Psicóloga Coordinadora SSP).

Los programas URB-AL planteaban programas de cooperación entre Europa y América Latina; siendo sus lineamientos:

- *“Intercambio de políticas locales en drogadependencias”. Objetivos: generar un espacio de análisis e intercambio de las políticas locales de las administraciones municipales en materia de prevención, asistencia, reinserción social y participación ciudadana en drogadependencia;*
- *“Proyecto de formación de redes intermunicipales de acción pertinentes”. Objetivos: potenciar las capacidades municipales para enfrentar integralmente el problema de las drogas. Formar personal municipal que logre transformaciones en interlocutores válidos ante las instituciones y organismos locales, regionales, nacionales e internacionales preocupados por el tema drogas, etc.*

Como indicador de la dispersión de las estrategias y dispositivos en relación a las adicciones, en análisis documental de Informes de programas de la SSP, el “Departamento de Educación para la Salud” desde 1999 venía participando en los programas URB-AL, a través de su coordinador (según consta en la documentación de dicho departamento, Pág. 35/2000).

“El tema que proponemos para abordar este año, es el tabaco, por diversos motivos. La mayor parte de los programas recientes de prevención del tabaquismo están orientados al período de transición de la escuela primaria a la secundaria, dado que el tabaquismo aumenta el triple durante este periodo”. (Registro documental).

Como investigadora, esta autora participó de numerosas reuniones de asesoramiento junto al departamento de Bio-Estadística para la implementación de encuestas sobre consumo de tabaco a mujeres que concurrían a la Maternidad pública desde el citado departamento de “Educación para la Salud”. Estas acciones, sin embargo, no eran articuladas con el declarado trabajo en “red” de los servicios, ni coordinando con APS o con el Centro de Prevención en Adicciones.

Por otra parte, con fecha de Julio 1999 –con autoría de una Psiquiatra integrante del servicio de Salud Mental de un hospital– presentaba a las autoridades un escrito para la realización de un “Programa Asistencial para las adicciones del Hospital Municipal-PAD”, sin referenciar a la Ordenanza. ¿Cuáles eran los fundamentos de este futuro programa? A continuación se observaban algunos párrafos que señalaban la necesidad de “generar un espacio de atención a las adicciones”: *“A través del cada vez más frecuente diálogo entre profesionales de Clínica y Salud Mental, en torno a la demanda de estas patologías, nace la idea de armar y proponer un proyecto para un programa asistencial para adicciones en el marco del Hospital Público. La performance del programa deberá ser capaz de cumplir con dos ideas directrices de abordaje: comportarse en forma versátil y posibilitarse para los consumidores de drogas para atraerlos a la atención, a la búsqueda espontánea de ayuda; ofrecer abordaje clínico, toxicológico, psicoterapéutico, social y otros”*.

A continuación señalaba:

“... Atento a los hechos expuestos y a la demanda en particular que se presenta en el campo de las adicciones en la zona de cobertura de nuestro Hospital, se proyecta la siguiente propuesta para ser presentada a las autoridades pertinentes, ideada y coordinada por los doctores...”. “Serán coordinadores de Área Psico-social el referido psiquiatra, y Coordinador de Área Médica, otro profesional médico”.

Según los registros, esta profesional Psiquiatra respecto a su trayectoria laboral en la temática de la drogadependencia, manifestaba la impotencia ante la reducción de sus horas de trabajo por parte de la Dirección del Hospital, de 30hs a 15hs. semanales, “... porque al hospital no le interesan las estrategias sobre adicciones”. Al año siguiente pidió un traslado a un Centro de Prevención y al departamento

de Epidemiología y es denegada su solicitud. Pero en seis meses de este registro es nombrada *coordinador jefe en la temática de adicciones* en el Programa de Salud Mental; cargo que detentó durante un año aproximadamente, para cesar en sus funciones junto a la intención del mentado programa “PAD”.

El defectuoso nivel de comunicación, las incoherencias, contradicciones y desautorizaciones entre el poder político y el mundo de las prácticas/acciones de salud, de promoción social, etc., tiene “víctimas inocentes” y responsables. ¿Cuál es papel de una legislación realizada sólo “para un deber ser”? ¿Qué significaba legislar un programa integral para la prevención y atención de las adicciones sin un análisis de las posibilidades estructurales, los recursos humanos, etc.? ¿Fue consensuada con los otros actores de la ciudad, entre ellos el “sistema judicial” que derivaba pacientes al sector salud?

Sin pretender desarrollar aquí un debate sobre la descriminalización de la tenencia de drogas, nunca fue presentado el tema a la sociedad civil o a instituciones intermedias locales para su discusión, como tampoco a las ONGs de rehabilitación que “*tomaban*” pacientes derivados por los servicios de la propia Secretaría. La dicotomía presente en la legislación como “medida curativa”, entre “tratamiento” o cárcel no fue analizada, ni planteada mediación alguna entre las redes de inscripción del “sujeto del desorden” (*el adicto*) y el orden de la ley; pero alimentaba la derivación del sector público a las ONGs, en manos privadas generalmente.

Respecto a la construcción social de la categoría de “*Adicto*”, que en su versión romana de *addictum* designaba al hombre que debía saldar una deuda, al carecer de bienes para cumplir su compromiso podía contar sólo con su cuerpo, con lo cual se convertía en esclavo; en la implementación de la Ordenanza 6536/98 funcionó el silencio fuera de las paredes del Honorable Concejo Deliberante, negándose la esclavitud de los cuerpos que demandaban atención a su salud.

La elaboración de una política pública “*construida ladrillo tras ladrillo como debe ser en estos temas cruciales de nuestro siglo*” no se cumplió aquí. La Ordenanza la N° 6536 no produjo “*adicción*” a cumplirla; tampoco cuestionó el paradigma prohibicionista hegemónico en los discursos de los medios periodísticos de la ciudad, ni la vigen-

cia de la Ley 23.737 que criminalizaba el consumo con condenas. Continuaba el encorsetamiento para los usuarios y de los propios trabajadores de la salud que, conforme a la legislación del momento, podrían ser condenados por no denunciar práctica de consumo o bien “colaborar” con éste si apelaban a alguna estrategia de “reducción de daños” (distribución de jeringas a través de los “*kit*” de inyección, información de normas de higiene en uso parenteral), afianzando el centramiento de la representación de las prácticas de uso como concerniente a la delincuencia o a la patología.

El paradigma abstencionista seguía vigente, dado que no preveía ninguna estrategia de atención a aquellos consumidores que se encontraban en riesgo pero que no habían decidido abandonar el consumo; tampoco se proveía información sobre daños aún en el uso “recreativo” de las sustancias, en una estrategia salud pero dentro de defensa de las libertades individuales y uso del cuerpo. Muchas personas, a pesar de conocer los efectos negativos del consumo, no manifiestan un interés por dejarlo; otras, en cambio, aunque con limitaciones, intentan modificar su consumo, atendiendo a las conductas de riesgo asociados al mismo, y sin embargo no hallan en la ciudad un dispositivo, dentro del Estado, con capacidad de prevención y rehabilitación.

Algunas líneas de trabajo formuladas desde esta concepción hubiesen podido abrir posibilidades de encuentros inter-departamentales, como por ejemplo desde “*Educación para la Salud*” (Departamento dentro de la misma Secretaría de Salud Pública municipal) con APS. Una “política de drogas” requiere una reflexión sobre el para qué de la intervención, con quién y por qué intervenir, y la articulación de distintos actores, con la consolidación de un consenso en el sector que debe ejecutarla, a través de un Programa real. Dicha política contempla, a su vez, calidad en la atención, formación constante de los profesionales, y un sistema de opción –nunca de imposición– dentro de los derechos de las personas, usuarias o no. Si esto no ocurre, la fragmentación y el vaciamiento de contenidos se apoderan de la intencionalidad política, desdibujándola.

La sociedad civil se encuentra atravesada por múltiples dimensiones que concluyen en dilemas sobre temáticas “candentes” tales como la drogadependencia, el SIDA y el aborto; reales debates que pue-

den colaborar con criterios de cientificidad, desechando paradojas y colisiones desde miradas sustentadas únicamente en ideologías con contenidos religiosos y morales.

El ideario de “*una gestión socialista*” en el gobierno de la ciudad no abordó estas contradicciones, disputas y ensañamientos que pudieran conformar una política sobre drogas en lo local. La falta de acuerdos y pretendida unidad de criterios en torno a las “*adicciones como un problema de salud*” no puso en primer plano la significación de esta problemática en el sector salud, mientras quedaban a nivel meramente enunciativo reclamos por seguridad, en accidentes de tránsito, enfermedades ligadas al consumo, sexualidad responsable, una atención *integral* de la salud, ya que los procesos de salud/enfermedad se construyen tanto desde la práctica médica como desde las acciones y percepciones sobre los padecimientos de los conjuntos sociales.

Asimismo, el temor a lo “*legal*” en los profesionales, dudas en cuanto al apoyo desde la gestión central, construcción de estigmas y estereotipos respecto a los usuarios y sus redes de auto-ayuda, muestran la complejidad que representa el tratamiento público de las adicciones. Esto excede a una normativa municipal, mucho más si se trata de la construcción de un Programa con implicancias de una política de drogas para el municipio; espacio y tiempo de procesos de investigación, relevamiento del mercado local de mercancías, sentidos culturales y usos que conforman realidades locales y posibilidades regionales, todo lo cual posibilitaría una política más inclusiva dentro del derecho ciudadano.

Para que tenga legitimidad, una política pública debe implicar una construcción transversal de consensos desde distintas instituciones del Estado¹²⁵. Debe ser gestada desde un proceso permanente, analizando las resistencias, estigmas y heterogeneidades presentes en el imaginario social; buscando la coordinación desde los llamados marcos normativos, programáticos y campos de valores (basamento fundamental para la gestión social, incluyendo a la salud). Se hace pertinente el análisis exhaustivo de la construcción social sobre las adicciones de los “*modos*

125 Instituciones del poder político, los aparatos judiciales, de seguridad, de salud, etc.

de pensar vigentes”, que se halla inscripto dentro de la práctica colectiva de la comunidad, pero también en los espacios de formación académica y en las prácticas científicas, que pueden colaborar socialmente en lo que pasa a ser objeto de debate.

Siguiendo los lineamientos de G. Doussault¹²⁶, podemos sostener que la búsqueda de mejoras en el nivel Salud nos lleva a la cuestión de la utilización eficiente de los recursos disponibles para producir servicios de salud. El desafío en cualquier país consiste en incrementar la coherencia entre los recursos, los servicios y las necesidades de la comunidad, es decir, intentar descartar los desequilibrios geográficos (ubicar los servicios donde estén las necesidades), numéricos (excesos de médicos, falta de enfermeros, psicólogos sin presupuesto para guardias de fin de semana) y organizacionales (falta de servicios básicos, abundancia de servicios hospitalarios).

La interpretación de esta investigación respecto a la invisibilidad de una política de salud respecto a usuarios de sustancias tóxicas se debe a la no inclusión de los factores culturales y sociales ligados a los *“problemas de salud”*, a las funciones no técnicas de la práctica del sector salud y a la no explicitación de lo inabordable de algunas problemáticas como único poder. La fragmentación que afronta todo el Sistema de Salud Pública en Argentina es resultado de la incoherencia organizativa, de la dispersión, de la falta de articulación y planificación eficiente, la discontinuidad en las tareas, las brechas comunicacionales y el desconocimiento-superposición de programas, además de intereses corporativos dentro y fuera de los sistemas de salud.

¿Una nueva Ordenanza? No, es un Decreto, el Decreto del 19/11/2003.

Al momento del primer cierre de esta Tesis, diciembre de 2003, se presentaba y se aprobaba en el Honorable Concejo Deliberante de la ciudad de Rosario, una propuesta (de un Concejal que se reconoce colaborando con la gestión política de la Secretaría de Salud) destinar el monto *“no inferior de \$75.000”* para la realización de un

126 Dessault. G.: “La epidemiología y la gestión de los servicios de salud”, en *Boletín Epidemiológico*, de la OPS, junio 1995.

“Estudio socio-epidemiológico en la ciudad de Rosario”. En la entrevista que se le realizara en diciembre del 2003 (ver en “Anexos” el Proyecto), manifestaba que, si la realización del mismo requiriera de mayores montos, el dinero restante *“será aportado por el Departamento Ejecutivo Municipal”*.

Se señalaba en el dictamen que serán responsables de la ejecución y administración de dichos fondos las mismas autoridades de la Secretaría de Salud Pública para ser aplicado *“a la ciudad de Rosario”*. En un próximo capítulo analizaremos las “vicisitudes” y obstáculos que implicó un Proyecto conjunto durante los años 1999-2000, de parte del Departamento de Epidemiología y el Centro de Prevención en adicciones, para la notificación Epidemiológica respecto al consumo de sustancias dentro de los propios efectores de la SSP; proyecto que desconocía este Concejal y no fue debatido en el gabinete.

Parafraseando a G. Dessault¹²⁷, el problema de la relación entre la Epidemiología y la gestión de salud no radica tanto en justificar la importancia de la temática escogida para su notificación, la utilidad misma de la epidemiología y el potencial que ofrece esta información, sino en “entender por qué los administradores no la utilizan”.

En los considerandos del nuevo Decreto se indicaba, entre otros puntos:

- *“existen acciones de información, educación y prevención que podrían potenciarse de forma real y efectiva de conocerse de forma cabal las distintas aristas y extensión del fenómeno”*;
- *“que resulta pertinente, iniciándose un nuevo período de gobierno (mismo partido político que al momento de la Ordenanza del 98 –nota de la autora–) enfrentar este grave problema social en toda la medida de las posibilidades del ámbito de gobierno municipal”*;
- *“que en el ámbito de la municipalidad existen los recursos humanos y metodológicos para llevar a cabo un estudio de estas características”* (subrayado nuestro);

127 *Ibid.*

- “los resultados del estudio serán elevados al Honorable Concejo Municipal”, etc.

Por último cabe recordar las palabras de Elías Neuman: “...La materia prima es el adicto y consumidor, lo que equivale a que se venden seres humanos a las drogas y no al revés. “Delincuente” (Convención de Nueva York, 1961), “enfermo” (Convención de Viena, 1971), vicioso, para cierta conceptualización; enfermo individual, familiar o social o todo ello mixturado, para el consenso de la medicina social. Pero ¡cuidado!, si bien existió y existe una conceptualización de cuño médico, no puede afirmarse, frente a la realidad de los hechos, que el psiquiatra o el toxicólogo sustituyeran al juez penal. Ese reemplazo pertenece a una valoración simbólica, un deseo gráfico, de mostrar las ideas más que los cambios operados. Y en el análisis habrá que advertir que la ciencia no es neutral y ni apolítica y sería preciso verificar no tanto dónde se genera sino cómo es producida, manipulada, pues en los tiempos que corren suele obedecer a lealtades políticas y económicas... Ciertos políticos, funcionarios y medios de comunicación requieren del público para subsistir y se lanzan a una suerte de asentimiento tácito de la imagen social de las drogas. Se genera la retroalimentación como un fortalecimiento mutuo entre los medios de comunicación, las autoridades, funcionarios, políticos y el público. Se constituyen como haciendo partes de una “empresa moral”¹²⁸.

La imposibilidad de los inter-saberes.

D. Franquel¹²⁹ sostiene que los problemas que afronta el subsector público de salud en Argentina son resultado de una “incoherencia organizativa”, consecuencias de una falta de planificación eficiente, de la discontinuidad de tareas y de la superposición de programas. Es necesario, entonces, buscar estrategias que ayuden a resignificar la oferta del equipo profesional, ya que si se desea que en la Atención Primaria de Salud la participación popular sea estrecha se deben cubrir modalidades de atención que la comunidad necesita para satisfacer sus demandas. Este autor considera que “el Orden Terapéutico

128 Neuman, E.: *Esteriotipos y represión en materia de drogas*. CEADS-UNR, 2003.

129 Franquel, D. *Op. cit.*

Institucional” que envuelve la Salud Pública incide en los problemas de implantación de programas de prevención y atención de la salud. En él es prioritario el saber médico, constituyendo un imaginario predominante –aunque también puede existir una cierta autonomía relativa de la subjetividad, ciertos “márgenes” de libertad de expresión ligados a discursos de racionalidad subalterna según su posición en este Orden Institucional–. Hay un juego de intereses materiales y simbólicos transformando en una “arena de confrontación” las tramas discursivas, donde se entrecruzan:

- Discursos políticos-oficiales, como puede ser una ordenanza, una prioridad en el eje de salud, la organización de la agenda científica y presupuestaria, etc. Lo enuncian funcionarios, secretarios, jefes de programas, directores de hospitales y centros de salud.
- Discursos operativos, vinculados principalmente a las prácticas de atención forman equipos de salud con funciones terapéuticas. A cargo de médicos, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, etc. Y, a veces, se ubican en una racionalidad contrahegemónica respecto a las prácticas de gestión subalterna de los que conforman la racionalidad hegemónica
- Discursos normativos, que reflejan el espíritu de direcciones de programas,
- Discursos de los beneficiarios, que conforman una racionalidad subalterna en el Orden Terapéutico Institucional, integrados por pacientes y beneficiarios de programas.

La paradoja de este “Orden Terapéutico Institucional”, en el caso de la drogadependencia, se transformaba en una “*arena de silencios*”: silencios en la vigencia e instrumentación de una ordenanza gestada desde el poder político, silencios desde la gestión de salud y sus direcciones de programa para establecer la atención a las adicciones como prioritarias, silencios en la terapéutica de la práctica médica y sus dilemas de atención. Y finalmente un “acallar”, “silenciar” a los propios usuarios de drogas con un estereotipo fijado en discursos médicos y psicológicos: “*el adicto no consulta, no demanda salud*” y “*van al hospital sólo cuando tienen lesiones, abscesos, etc*”. Plantear una políti-

ca de drogas implica, entonces, la búsqueda de un equilibrio entre los imperativos que hacen a la preocupación por la Salud Pública, la capacitación y el presupuesto, el respeto por los derechos humanos y la libertad individual, junto al mantenimiento del necesario “orden público”. Los Centros asistenciales de APS, con sus guardias policiales en la puerta, y los Hospitales serán un nuevo frontón: por el dispositivo de los turnos programados, falta de horarios de atención diurnos y nocturnos, inexistencia de profesionales de la salud mental los fines de semana, sistema de admisión durante semanas, etc., sólo lesiones traumáticas e intoxicaciones aparecían incluidas como “problema de salud” respecto a las adicciones:

“Yo voy cuando me llaman, generalmente del Hospital de Emergencias, buscamos desintoxicarlos, hablarles. Con los psicólogos no podés trabajar, además no están en la guardia los fines de semana”. (Médico toxicólogo).

5.4 – APS: UNA FRACTURA EN LA CONSTRUCCIÓN DE UN PROGRAMA DE ADICCIONES.

“Por un sistema de salud que salga en busca del paciente”

Gastón W. Souza Campos (Sanitarista de Brasil, invitado por la SSP a Congresos y Jornadas)

La Salud Pública Municipal¹³⁰ se encuentra organizada en niveles de atención afectados por el proceso de descentralización política y administrativa del municipio iniciado en los últimos años, cubriendo a través de sus efectores los diferentes distritos de la ciudad.

“La Salud Pública aborda la complejidad de las problemáticas actuales de la salud desde una concepción solidaria, capaz de defender valores esenciales como la equidad, la eficacia técnica y social, la justicia

130 Gestión que ha cumplido más de dos períodos consecutivos de gobierno bajo el mismo signo político.

redistributiva y la integralidad. Comprende a la salud en toda su dimensión, como proceso social, histórico y cultural”.

“La dupla salud-enfermedad requiere la participación de saberes y prácticas de distintos actores (trabajadores de la salud-comunidad) la cooperación de las distintas disciplinas y una mayor aproximación intersectorial. La concepción de salud se expresa como equilibrio vital, originado en la relación que se establece con el medio, con los otros, con uno mismo, con la alimentación, con las posibilidades y las dificultades de la vida. Esta concepción de la salud pública centra su acción en la preservación y la promoción de la salud, asumiéndola desde un sentido positivo y dinámico para desarrollar capacidad de superación y de transformación”.

“Los centros municipales son 27, más 22 vecinales, con una distribución mejor cada año, que permiten una cobertura más justa y equitativa en relación a las críticas situaciones socio-demográficas existentes”¹³¹.

A través del análisis de documentos, entre ellos las publicaciones de la propia Secretaría, se releva la atención de más de un millón de consultas anuales. Estas consultas se integraban a una red de servicios a través de la cual los pacientes acceden a su atención y podrán ser orientados según sus necesidades particulares. Desde el nivel central de APS de la SSP, que articula con los centros de salud, se difunde:

“La construcción de esta “red” basada en la “solidaridad y la accesibilidad” de la participación comunitaria, garantiza la mayor calidad de atención; red que llega hasta los 25 Centros de Salud propios y 22 vecinales a los que se provee de recursos humanos e insumos, ubicados en lugares estratégicos de la ciudad, donde no están garantizadas las condiciones para una vida saludable”¹³².

El sistema de Atención Primaria (AP) se presentaba como *eje de la gestión de salud* municipal; algunos de sus párrafos más significativos

131 Registro de boletines de APS/1999. Boletín de Atención Primaria de la Salud. Dirección de Atención Primaria. 1999/2000.

132 Cuadernillo de la SSP.

para la direccionalidad de esta investigación se relevan de los Boletines de la SSP:

“La Atención Primaria de la Salud es una estrategia que se basa fundamentalmente en la construcción, concientización y defensa del derecho a la salud. Es una filosofía en acción diseñada para la constitución de sujetos capaces de luchar contra las condiciones que limitan la vida. Es el primer nivel del sistema de red de la salud pública municipal de la ciudad de Rosario. Es un espacio donde conviven la comunidad, punto de contacto directo entre la gente y el estado municipal. El objetivo esencial es el de equidad y acceso gratuito en la atención. Alcanzar este propósito implica un gran desafío: garantizar la utilización efectiva de los servicios según la necesidad”.

Se rescataba la descentralización como una posibilidad de más cercanía a las necesidades de la población:

“La descentralización de la ciudad en distritos intenta facilitar el acceso de la población a espacios de participación. Los centros de salud son lugares de encuentro donde comunidad y trabajadores de la salud promueven estrategias para la prevención y promoción de la salud desde un punto de vista integral. Los ejes del trabajo son: Prácticas de construcción de la salud colectiva: se diseñan a través de procesos locales de programación participativa que parten de una visión epidemiológica y dinámica de la situación de salud”.

Los lineamientos en salud, como ya se ha señalado en otras citas, alientan la integralidad y contextualización de las prácticas de atención:

“Son prioritarios los criterios de equidad, participación, eficiencia, prevención y promoción de la salud. Prácticas amplias y contextualizadas de atención a la salud: permiten la efectividad del diagnóstico y las respuestas ofrecidas en la realidad social y cultural en la que se desarrolla el proceso de salud y enfermedad. Aseguran la integralidad y seguimiento de cada problema de salud, entendiendo el trabajo clínico como el desarrollo y sostenimiento de un vínculo interpersonal donde el equipo terapéutico es continuamente responsable del proceso de atención, aún cuando éste incluya inter consultas o referencias a otros niveles. Esta

práctica clínica se reformula permanentemente a la luz de una visión epidemiológica sujetándose a la planificación local. Prácticas específicamente dirigidas a garantizar la equidad en la utilización de servicios de salud según necesidad: el desarrollo de posibilidades de escucha, sensibilidad, diálogo y flexibilidad de la institución. Una muestra de la consolidación y autonomía que se va afianzando en los Centros de Salud es que en la actualidad se cubren el 60% del millón de consultas que se hacen en la red de salud pública municipal”.

Señalaba una definición de la gestión desde el punto de vista “integral” junto al importante rol que cumplen los profesionales en la atención de la salud dentro de este eje de APS; según dicho documento:

*“Este hecho implica una clara mejoría para el usuario que obtiene una satisfacción a su consulta en el radio geográfico más próximo. Situar a la salud desde un punto de vista **integral** implica contar con un equipo interdisciplinario compuesto por distintos especialistas y profesionales. Implica también interrelacionarse con otras instituciones (parroquias, escuelas vecinas, etc.), intersectorizar las acciones a través de educación, vivienda, saneamiento ambiental. Además de atender las 500.000 consultas anuales, vacunas y responsabilizarse de las actividades de prevención, los trabajadores de la salud salen fuera de sus consultorios para ver cuáles son los problemas del barrio, conviven y acuerdan políticas con grupos e instituciones. El equipo de salud detecta el pulso de las relaciones humanas, económicas, sociales y culturales del mismo, lo cual les permite desafiar y actuar según estrategias de planificación local, ofreciendo la posibilidad de una valoración continua y un encuadre de situaciones y tratamientos con objetivos precisos y evaluables. Hay una marcada tendencia a recuperar el lugar y el rol que desempeñaba en las familias el médico de cabecera. La enfermera es esencial para un centro de salud. Es el contacto más flexible y directo con la gente, en la sala de espera se percibe su permeabilidad. Es responsable de desarrollar e implementar las estrategias de cuidado. La articulación de Atención Primaria de Salud con Internación Domiciliaria y el CEMA, es la triada fundamental en el enfoque de la Salud Pública Municipal Ambulatoria”.*

Decía el documento de la Secretaría de Salud Pública respecto a los profesionales de la salud municipal:

“... el objetivo de estas acciones es el logro de la equidad en salud, para hacer realidad la existencia de una sola ciudad, con iguales posibilidades para todos sus habitantes. Estas transformaciones sólo son posibles con el impulso y protagonismo de los profesionales y trabajadores de la salud, quienes con su esfuerzo diario convierten la utopía en realidad”.

Esta concepción requiere el “trabajo interdisciplinario del equipo de salud” con sus distintos especialistas (médicos, odontólogos, etc.). Según dicha publicación:

“...el trabajo en Atención Primaria de la Salud es entendido esencialmente como una estrategia para la constitución de sujetos capaces de luchar contra las condiciones que limitan la vida, lo que significa en primera instancia recuperar la capacidad de soñar y comprometerse con el cambio”.

“Los centros de salud, como las instituciones estatales del sector más cercanas a la comunidad, tienen responsabilidad de asegurar el desarrollo de los siguientes ejes de trabajo:

- Prácticas de construcción de la salud colectiva... de procesos locales de programación participativa.*
- Prácticas amplias y contextualizadas de atención en salud. (Que implica)... continuidad del abordaje de cada problema de salud, entendiendo el trabajo clínico como el desarrollo y sostenimiento de un vínculo interpersonal en el que el equipo terapéutico es continuamente responsable del proceso de atención.*
- Prácticas específicamente dirigidas a garantizar la equidad en la utilización de servicios de Salud según necesidad: (con)... posibilidades de escucha, sensibilidad, diálogo y flexibilidad de la institución en relación con las heterogéneas necesidades de la comunidad... Se trata de construir capacidades para reconocer necesidades heterogéneas y complejas y desarrollar con la gente respuestas peculiares con esas necesidades. De allí la permanen-*

te búsqueda de un modelo de gestión que permita la constitución de los trabajadores de la salud como protagonistas en permanente revisión y remoción de las barreras de las instituciones que obstruyen la participación de la gente en la construcción de su derecho a la salud”¹³³.

En el relevamiento y análisis de los programas de APS, las adicciones no figuran como un posible *del eje de APS*; de los registros estadísticos de APS que se hacían en base a un nomenclador propio, diferente a la CIE-10 vigente en el resto de la Secretaría de Salud Pública (tema que se retrabajará en capítulos posteriores), se recogen “*motivos de consulta*” respecto al consumo de sustancias *tóxicas, para los años 1999 a 2001: 123 consultas.*

Registros de APS por “primeras consultas” en los Centros de Salud, sobre un total de 123.	
Desagregadas según:	
2° Semestre 1999	35
1° Semestre 2000	39
2° Semestre 2000	55
1° Semestre 2001	52
Se agregan discriminados alcoholismo y tabaquismo	12
Total	123

Fuente: APS

Los documentos de APS expresaban normativas de una “política de servicios” donde se planifican éstos a través de los Programas, se asignan los recursos que se movilizarán, los establecimientos y la concepción de la organización del trabajo de los profesionales. Este es el marco del “Orden terapéutico”, pero también una “*arena de confrontación*”¹³⁴ de los dilemas de prioridades, legitimación de los criterios técnico-políticos para los trabajadores de la salud, donde se

133 *Ibid.*

134 Frankel, D. *Op.cit.*

decidirán sus prácticas, sus prestaciones y las propias interpretaciones de los resultados de las mismas, constituyéndose en actores sociales en el campo de la Salud.

La problemática de adicciones en APS se encuadraba dentro de las ambigüedades presentes en la gestión del ámbito público. Si bien los registros epidemiológicos son breves, fragmentados, sin la intencionalidad de un Programa específico, sin adhesión a la mentada Ordenanza de 1998, la información sobre el creciente consumo de sustancias existía. La perspectiva etnográfica revelará, como veremos en capítulos posteriores, representaciones de los profesionales de este nivel de atención de APS, como de “grave” y “aguda”, “*presente en todos los barrios*”.

Por otra parte, analizando la publicación compilada por el Centro de Prevención: “*Adicciones: desafíos y abordajes*”, no existían aportes o artículos de los profesionales de APS, cuando en toda la bibliografía a nivel internacional sobre drogadependencia se rescata la estrategia de APS como un nudo crítico para su abordaje.

Hay reclamos y recomendaciones que también están presentes en la literatura científica, desde todos los organismos internacionales (OMS; OPS y otras), respecto al tratamiento del consumo de sustancias tóxicas. Así, en la declaración inicial de Alma Ata (1978), en el punto VI propone: “La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puestos al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación. La AP representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia, la comunidad, con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible...”.

Esta declaración subraya la aplicación de criterios preventivos y de promoción, así como el impulso a la participación social y el uso de la medicina tradicional: “Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacional con objeto de iniciar y mantener la AP de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos posibles”. (OMS 1978).

Por otra parte, esta estrategia de AP ha sido propuesta por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), quien propone que la AP atravesase en lo posible toda la práctica cotidiana de la gestión en salud para posibilitar la extensión de la cobertura y abatir los principales daños a la salud que implica el consumo de ciertas sustancias. Así es que E. Menéndez, en su estudio sobre alcoholismo en México, expresa: “La AP, asumida como estrategia central, debería conducir a impulsar las intervenciones en la comunidad, enfatizando en la prevención y dando al primer nivel de atención un papel sustantivo no solamente en las actividades curativas, sino también en la promoción de la salud, el desarrollo comunitario, la participación social y en el uso de los recursos, incluidas la denominada medicina tradicional y las estrategias populares”¹³⁵.

Si bien los ejes de APS en la gestión local figuraban en un programa de acción desde una *“perspectiva integral de la salud”*, no se encuentran lineamientos de la temática de adicciones. La literatura científica revisada especifica esta problemática de características multicausales con articulaciones socioculturales y económicas, por lo que requeriría justamente de la aplicación de una perspectiva integral de salud. De las entrevistas a los profesionales surgía un reconocimiento permanente del crecimiento de la drogadependencia, caracterizado como un problema *“cada vez más frecuente y muy grave”*. Pero se lo secundariza de parte de las funciones de decisión, legislando sin prever su aplicabilidad, relegándose como mera manifestación de deseos y dejando al trabajador de la salud restringido a su *umwelt*¹³⁶, precarizado en sus condiciones de trabajo, excedido de demandas de salud, en contextos de pobreza extrema y desocupación.

En un cuadro de *“Morbilidad”* del Boletín de Atención Primaria de la Salud, SSP, 1999, página 28, se citan los diez primeros diagnósticos según *“fueron tomados como más frecuentes”* entre los 14 y los 64 años, desdoblando más de 65 años, con un total de 98.728 consultas; los primeros son I.R.A., neumonía, hipertensión, etc.; no se regis-

135 Menéndez y Di Pardo, R. *Op. cit.*

136 *Umwelt*, categoría de E. Goffman, para referirse al mundo fenoménico con el que el individuo está habitualmente en “contacto” por lo que respecta a posibles peligros y alarmas. Citado por Giddens, *op. cit.*

traron dentro de este rango “cuantitativo” ni problemáticas ligadas a procesos de alcoholización, tabaquismo, pegamento, ni ninguna otra sustancia. Tampoco se observó ningún lineamiento respecto a la percepción de la población o interés por participar respecto a este “grave y frecuente”. (según las narrativas de los médicos de los Centros dependientes de APS).

¿Quiénes son los actores significativos en una gestión de APS? ¿Quiénes son relevantes respecto al proceso s/e/a? Del trabajo de campo en una escuela perteneciente al llamado “barrio Toba”, en circunstancias de realizar una charla sobre el “*poxi*”, organizada desde el Centro de Prevención y con profesionales médicos y antropólogos del Centro de Salud cercano, decía una mamá:

“Doctora, a ver si Uds. pueden hacer algo... acá la directora de la escuela la cierra, y los pibes no tienen dónde jugar o qué hacer en el barrio... que dejen abierto el patio, así pueden venir a escuchar música con un grabador... si no se van a la esquina del poxi o del porro”. (Registro año 2001).

La negación de significados del consumo y exclusión de los usuarios de drogas en el diseño de Programas o toma de decisiones en APS “donde los Centros de Salud son lugares de encuentro donde comunidad y trabajadores de la salud promueven estrategias” y “donde la salud desde un punto de vista integral”... “detecta el pulso de las relaciones humanas, económicas, sociales y culturales” no comprendía a “las adicciones” definidas desde el gabinete municipal y la gestión central de Salud Pública como un “problema de salud”.

Sin embargo, en la Publicación del Programa Municipal de SIDA, de la SSP, año 2000 se indicaba: “... debemos avanzar aún bastante en romper una serie de silencios remanentes sobre una amplia gama de problemas que generan situaciones de riesgo para la salud de las personas en general, y que son al mismo tiempo fuertes determinantes de riesgo de infección de VIH, en particular, aludimos a cuestiones tales como la violencia contra la mujer, las condiciones de privados de libertad, la victimización persistente de los usuarios de drogas, la persecución de los y las trabajadoras sexuales, etc. Estas cuestiones situacionales de inequidad son el principal condicionamiento de la persistencia endémica de nuevas

infecciones y casos de SIDA en nuestra comunidad. Es tarea de todos abordarlas". (subrayado nuestro).

5.5 – “EL ADICTO NO CONSULTA, EL ADICTO NO EXISTE” EN HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD DE LA SSP

“La medicina institucionalizada ha llegado a ser una grave amenaza para la salud”.

Iván Illich (1976)

Los dispositivos asistenciales de salud pública llevan aparejados significados, ideologías y poder que se proyectan sobre los usuarios del sector y sobre la sociedad toda. El sistema de salud muestra las relaciones entre la dimensión estructural, saberes de los profesionales y legos, procesos y objetivos para la prestación de servicios.

Con momentos de hegemonía y subalternidad de la medicina científica y los rasgos del MMH como respuesta legitimada para la atención de la enfermedad, ya sea con criterios “académicos” y desde el poder el Estado, el modelo biomédico instalado en el sector salud no encuentra respuestas únicas a la drogadependencia, pero continúa produciendo subordinaciones ideológicas y técnicas, producto de la organización social y política y también por “intolerancia” y a-sociabilidad con otros saberes, impregnando los dispositivos asistenciales de prácticas simbólicas, de mediación y transacción.

En los registros de entrevistas a profesionales y en el análisis de construcción de reportes de historias clínicas, aparece con “regularidad” la no constancia del consumo de sustancias en pacientes que llegan a la consulta en hospitales o centros de salud por determinada patología. La falta de registro epidemiológico o como diagnóstico, cuando no constituye un motivo de consulta explícito del paciente, es manifestado por el profesional médico como que *“este problema no es tomado”*, o bien *“dado que el paciente no viene por ese problema”*.

Este hecho fue fundamentado por los profesionales desde distintos ángulos, algunos aludían a la *“penalización vigente”* respecto al consumo y consideran entonces una intromisión del profesional que

rozaba “lo ético”. Otras veces, a la falta de estructura “para atender a este tipo de pacientes”; y otras respuestas referían al estereotipo de “que el adicto no demanda atención hasta que no está quemado”; y también que “no existe un programa de acción sobre drogadependencia, en general recurren a pastores en los barrios o a las iglesias”. En el capítulo II, en la red conceptual se cita el cuadro de sistemas de salud vigentes en todas las sociedades complejas, entre ellas los modelos tradicional, subordinado, alternativo, de auto-ayuda, etc., que pueden operar articulándose entre ellos mismos desde el “itinerario del paciente”, pero que el MMH excluye y deslegitima aún en problemas a los cuales no puede dar respuesta.

En la literatura específica de OMS-OPS se considera que el primer nivel de atención recepciona las demandas generadas por la ingesta de sustancias, sobre todo alcohol, en México¹³⁷, y son derivados a los servicios especializados como gastroenterología o traumatología, y en menor medida Psiquiatría.

En nuestros registros las demandas de salud, cuando se trataba de intoxicaciones, heridas, contusiones, abscesos, insuficiencias respiratorias y los accidentes ligados al consumo de otras sustancias, lesiones en miembros superiores, excoriaciones en cuero cabelludo por caídas, etc.; son atendidos por el servicio permanente de guardias de hospitales, y Centros de Salud en menor medida. La mayoría de los sujetos intoxicados son atendidos por el servicio de toxicología o por médicos generales, y en casos de cirróticos por gastritis. Ante el consumo de sustancias “ilegales”, en muy pocos casos se notifica, se secundaria, y, según los registros de campo, tampoco se articula con otros servicios o con la información epidemiológica del Departamento de Epidemiología del mismo ámbito municipal.

Se instalan estructuraciones institucionales dentro de las respuestas médicas, con prioridad de habilidades técnicas en la organización donde se trabaja, formas homogeneizantes que rutinizan lo laboral, a más de características personales y profesionales. Las ideologías asistenciales enmascaran la comprensión global del proceso terapéutico o esquema conceptual respecto a las adicciones, la socialización de la

137 Menéndez E. y Di Pardo. *op. cit.*

problemática en la institución, las características subjetivas de los profesionales de salud, las representaciones sociales que participan en los distintos tipos de intervención, reguladas por normas no siempre explícitas y que se presentan únicamente como prácticas profesionales de *cura y control* del paciente, como eliminación del “*desorden*”.

Esta “práctica médica” recuerda los interrogantes planteados en el análisis de los contenidos de la Ordenanza de 1998, y los lineamientos de la gestión en salud; respecto al tratamiento integral y contextualizado de los problemas en lo local; las potenciales posibilidades de desarrollo de la APS en el amplio campo de las adicciones dependen más de las decisiones político-técnicas de la gestión, a más de la transformación de las representaciones de los profesionales que se desenvuelven en tal área: la “invisibilidad” de la problemática está acompañada de racionalizaciones ideológicas que niegan la exclusión.

Una excepción a esta “normalización” de la no accesibilidad de las adicciones en salud estaba presente en la conferencia del ex-funcionario de SSP y médico Dr. R. Rivero, que manifiesta propósitos en esta problemática:

“... Creo que lo fundamental ahora es cómo puede estructurarse el desarrollo de esta temática (las adicciones) en la población, cómo instalarla y que se vea como parte de nosotros mismos; qué problemas tenemos nosotros, nuestra sociedad, qué pasa con nuestros drogadictos, con nuestros enfermos de SIDA. Transmitir la responsabilidad y la pertenencia de este problema... incorporarlo como lo hacemos con otros temas de la salud y más fácilmente se comprende esto de la pertenencia... Es una masacre, es una epidemia que está matando a la juventud ¿Cómo lo asumimos? Al inicio del año 94 se murieron tres niños de meningitis y eso generó toda una movilización social en la ciudad...”. (Análisis documental en “Adicciones”, publicación de la SSP, año 1998).

El Saber profesional en los Centros de Salud de APS:

La perspectiva etnográfica se constituye en una práctica que hace posible el análisis de los procesos institucionales, signados por impotencias e incoherencias programáticas en cuanto a la atención de

“adicciones” a partir del seguimiento de acciones y narrativas de los profesionales de la salud y de la organización laboral:

“Mirá, a mí, los chicos del barrio me esperan cerca de mi coche, cuando salgo a la tarde del Centro de Salud, allí no entran, hay un “cana” en la puerta, las enfermeras los echan pues ensucian todo, fuman...”
(Médico de Centro de Salud).

“Vos que andás con el tema de las drogas, te desafío a que me consigas un turno para Carlitos, en el hospital, a ver si lo conseguís, yo ya no puedo hacer nada, el pibe es buenísimo, pero está solo, y cuando va al hospital los psicólogos se lo pasan de uno a otros, por el dispositivo de admisión, porque no está el único psiquiatra que atiende adictos. El pibe se cansa y yo quiero defenderlo, acá en el Centro no podemos...”
(Médico de Centro de Salud).

“... el caso de Javier fue terrible, la policía lo tenía marcado en el barrio, lo llevaba apenas lo veía. Tenía 18 años, y una vez se bancó pedir un turno. También lo perseguían los revendedores, tenían miedo de que contara, porque había venido al Centro. Yo me he desesperado muchísimas veces, llamaba al Programa de Salud Mental para ver qué hacer con él, para proteger su vida. Había que ponerlo en algún lado... ¿pero dónde? Al médico de acá del Centro lo respeta, pero no va; él necesita una internación, alejarse del barrio, ¿pero dónde derivarlo?”
(Psicóloga de Centro de Salud).

“Un día tenemos que hablar, yo no estoy de acuerdo con el enfoque que le dan los psicólogos al tema de las drogas, desde APS se puede hacer otra cosa...” (Médica - con actividades de gestión en APS).

“Un día tendrías que venir al Centro, a ver si podemos dar unas charlas, nosotros no sabemos qué hacer, no sabés si es mejor que vengan o no a atenderse”. (Médica, Centro de salud).

“Sí, acá hubo unos chicos, unos hermanos con problemas, el doctor los atendió, yo los mandé a la radio comunitaria que está acá en la zona sur, trabajan junto a la parroquia, si no ¿qué podés hacer sola?”
(Psicóloga de Centro de Salud).

El Saber profesional en los servicios de Hospitales.

Continuando con la búsqueda de “lo no documentado” en el consumo de drogas, se analizaron las notificaciones según el *Sistema Bio-Estadísticas* en base al nomenclador de la CIE-9. Allí se cuantifican casos de pacientes hospitalizados según el diagnóstico principal y secundario bajo la planificación de “trastornos mentales y del comportamiento” por sustancia:

	Hosp. Zona Norte		Hosp. de Emergencias		Hosp. Zona Sur	
	1998	1999	1998	1999	1998	1999
alcohol	2	-	21	11	1	-
tabaco	-	-	1	1	-	-
sedantes	-	1	-	-	-	-
drogas	-	-	-	1	-	-

Los profesionales entrevistados coordinaban, en principio, con sus espacios disciplinares, médicos que dependen de la Dirección Médica, psicólogos del Programa de Salud Mental, Trabajadores Sociales de igual departamento, todos de la SSP. Al construir ejes de análisis para describir el saber profesional en los servicios asistenciales hospitalarios, como respuestas a las problemáticas de drogadependencia, a través de entrevistas, observaciones, seguimiento de las prácticas de trabajo en la organización hospitalaria, se presentan transacciones y fragmentación entre las políticas y las prácticas institucionales.

Con el ingreso por “*las guardias*” de urgencia, para internación por plazos “*breves en horas*”, en los hospitales se preveía la contención institucional, médico-farmacológica, y el recurso a profesionales psicólogos, “*excepto los fines de semana por que no hay personal nombrado*”.

“... *los fines de semana se llena de adictos, en este hospital, por los boliches. ¿Pero qué podemos hacer? Los curamos y se van, adónde los vas a mandar, los médicos en los centros no dan abasto*”. (Médico de Hospital. Servicio de Guardia).

“Desde el jueves hasta el domingo vienen lastimados, ¿qué ponés en el registro de la Guardia?: laceración de cráneo, rotura de muñecas; te das cuenta de que se cayeron por el alcohol o drogas, pero qué vas hacer?... ¿La red? No, no puedo mandarlos al Centro, vienen al hospital, los curás y se van...” (Médico de Hospital).

“¿Yo qué hago con los adictos? Les hablo y les hablo... necesitan otra filosofía. Ahora meterlos acá, no se puede, y menos hacer algo con sus familias, si no pueden hablar entre ellos”. (Médico especializado en atención de problemas de SIDA. Hospital).

“¿Las adicciones las podemos atender en salud pública? No tenemos tiempo ni estructura. Yo trabajo con SIDA, y tenés que tomarlo el problema, hablar con la pareja, si tiene. También el odontólogo te puede contar, él está haciendo un estudio”. (Médico de Hospital).

“Sólo vienen cuando están reventados, o vienen sus madres, y ellos no. Así no podés trabajar, porque cuando vienen ya es tarde”. (Médico, hospital).

“Todos me los mandan a mí. Yo hace mucho tiempo que me intereso por los adictos, empecé con alcohólicos”. (Médica psiquiatra de Hospital zona sur. Renunció a su cargo en el 2000).

“¿Sabés qué se hacía en el Hospital en una época? Como no se daba abasto durante los fines de semana, hay muy poco personal de guardia, a los adictos los ponían cerca de las ventanas y puertas, cuando ya estaban bien, ellos solitos se iban”. (Enfermera de Hospital).

“Ud. me pregunta por registros de los drogados en la guardia ¿para una epidemiología? Yo no puedo hacer eso, los atendemos y que se vayan. ¿Cómo les va a quedar en su ficha médica que consumió drogas? Es ilegal, si un juez pide la ficha ya queda marcado, yo tengo que denunciarlo”... “Sí, nos convendría una epidemiología, del alcohol sobre todo por los accidentes de esta ciudad...”. (Integrante del Directorio de Hospital de Emergencias).

“¿Qué se puede hacer con un paciente de más de cuarenta años, que no tiene trabajo, que siempre tomó y ahora toma más porque siente que no vale nada, que en su casa no sabe qué hacer? Yo como médico no puedo con todo eso”. (Médico, Hospital zona sur).

“Yo los escucho, pero es muy triste como profesional sentís que no podés hacer mucho, que nada ayuda para que salgan”. (Médica psiquiatra de Hospital zona sur).

“Sí, yo atiendo a los adictos... pero es muy duro; a veces prefiero atender a las madres, le doy un par de recetas para los hijos, y así tiran”. (Médico psiquiatra, zona norte).

“Sí, hay una piecita allí afuera, entran por afuera, son de Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos, pero con el hospital no tienen nada que ver, les dieron esa piecita, se reúnen los sábados, pero es independiente, no tenemos nada que ver con ellos”. (Médico de Hospital).

Asimismo, y en contraste con los testimonios, en las “Palabras Preliminares” de la publicación dedicada a “Adicciones”, la Dirección de los Servicios de Salud Municipal, en mayo de 1998, declaraba:

“... queremos que se profundice el debate en el seno de la sociedad, en cuanto las soluciones para una problemática tan compleja deberán ser, más que en ningún otro tema, ampliamente consensuadas en el seno de la sociedad. Es aquí en donde comprendemos que las acciones disciplinarias, profesionales, sectoriales, no tienen el impacto esperado... La Secretaría de Salud Pública ha definido los ejes de su gestión, para conformar un nuevo modelo de atención en Salud. Como tantas veces, ciertas definiciones preliminares cobran sentido cuando, al cabo del tiempo, se han podido plasmar en la realidad”. (Subrayado nuestro).

5.6 – INCOHERENCIAS II: LA PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES EN SALUD PÚBLICA: ENTRE EL PODER Y LEGITIMIDAD DE UN PARADIGMA

La política orientada hacia drogas dominante en nuestro país, dentro del paradigma represivo y abstencionista, las consecuencias de la penalización y criminalización de la tenencia dado que “*si un usuario de drogas es encontrado con estupefacientes en su poder será sometido a proceso*”¹³⁸ aunque antes de ser llevado a juicio puede suspenderse éste, con el “*consentimiento*” de un juez que habilite su sometimiento a un tratamiento de *desintoxicación y rehabilitación* (máximo de dos años); la clasificación de “*delincuente*” junto a la inhibición legislada respecto a no “*preconizar o difundir públicamente el uso de estupefacientes o incluir a otro para consumirlos*”(art. 12 inciso a.) reduce la posibilidad de instrucción y/o acciones de prevención de riesgos a la integridad corporal por parte de los trabajadores de la salud. La estigmatización alimenta el imaginario de “*alarma social*” o “*imperativo moral*” de intervención ante estas prácticas culturales; pero paradójicamente obstaculiza el acceso de los usuarios de drogas al sistema sanitario y a las *redes* de Salud Pública; categorizados como “*enfermos*” y “*toxicómanos*”, son empujados a *protecciones tutelares*, retroalimentando dispositivos en el sector privado de las ONGs de *rehabilitación*. Obviamente se profundiza la vulnerabilidad hacia la exclusión definitiva.

La investigación, prevención y asistencia en el quehacer de la clínica desde perspectivas médicas y psicológicas muestran las dificultades de abordaje, de formación de recursos humanos y de mejora de las instituciones y medios de comunicación para este fenómeno sociocultural, caracterizado en esta investigación como un “constructo drogas”.

El Centro de Prevención de la SSP se encuadraba dentro del lineamiento de “*salud integral*” de la gestión municipal, pero disponía de materiales y alentaba debates respecto a las dificultades de la drogadependencia para no caer en una simple “*utopía terapéutica*”, no divorciando condiciones de vida y estrategias de supervivencia que se ligaban a las funciones del policonsumo en distintos grupos sociales,

138 Ley Nacional 23.737, *op. cit.*

sentido del uso en la interacción social, los rituales implicados, los aspectos cognitivos e ideologías “*salvacionales*”.

Según A. Stolkiner¹³⁹ en el debate actual sobre lo interdisciplinario se superponen dos tipos de prácticas: una es la investigación interdisciplinaria y otra, la configuración de equipos interdisciplinarios asistenciales. En la primera el acento está puesto en la producción de conocimientos; en la situación de los equipos asistenciales el énfasis está referido a la producción de acciones. En los equipos interprofesionales: “hay diversas vertientes teóricas desde donde se aborda lo interdisciplinario. Algunas incorporan la transdisciplina como una instancia o escalón superador de la ínter-disciplina, una etapa del desarrollo del conocimiento en la que se borrarían las barreras disciplinarias para lograr la construcción de un saber mega-explicativo. Por mi parte, prefiero mantener una cierta cautela al respecto, sobre todo a los fines de funcionalizar las ideas de coordinar equipos. A mi gusto, la transdisciplina es un momento, un producto siempre puntual de la ínter disciplina”.

En otra publicación, refiriéndose a los modelos de concepción, atención en salud y sus instituciones expresa que: “el modelo participante integral, en gestación pero con antecedentes en países del área, (que) junto a la propuesta de Atención Primaria de la Salud puede ser retomada y reformulada, haciendo énfasis en el carácter transformador de algunos de sus postulados... Creemos que esta propuesta plantea, en el pensamiento, rupturas radicales con el positivismo, causalismo y mecanicismo, y es congruente, con este aspecto, con algunas elaboraciones actuales como los modelos de investigación-acción, con el concepto de transdisciplina y las concepciones de planificación estratégica y programación participante”¹⁴⁰.

Este posicionamiento otorga un sistema de prioridades establecidas mediante una jerarquización de poder. Pero el *poder* –tal como

139 Stolkiner A: “La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas”. www.campopsi.com.ar, 1999, p.2., 2000. Cabe señalar que esta profesional también era una presencia importante en los congresos y eventos organizados por la SSP con debates de sus aportes a la salud pública.

140 Stolkiner, A.: “Distintos paradigmas de salud, sus instituciones y el psicólogo en ellas” p.28 1º parte. *Rev. Salud y Sociedad*. Año 4 N° 14 / 15. MOSIS,.19

lo define T. Parsons—¹⁴¹ descansa en la legitimidad, por supuesto en períodos democráticos, en la capacidad generalizada para asegurar el desempeño de obligaciones ineludibles desde una estructura de decisiones; decisiones que son un pronunciamiento relacionado con las metas, asignaciones o acuerdos originados desde el sistema político. En otras palabras, una acción de salud que no esté reconocida y avalada por el sistema de política y gestión de salud es un instrumento que corre el peligro de vaciarse de significado, de no poder alcanzar metas grupales, de no plasmar los acuerdos prometidos, dado que no tiene una “*capacidad generalizada para asegurar su desempeño*”, perdiendo en un corto plazo toda su legitimidad.

“La convocatoria que hoy hacemos a ustedes, los docentes, como en otros lugares hemos hecho a los vecinos, es encontrarnos en estos espacios desde lo multidisciplinario, desde lo intersectorial. Con nuestras diferencias y con nuestras propias coincidencias, para poder impulsar proyectos que nos permitan vivir en una ciudad libre de drogas”. (Dr. Miguel A. Capiello, Subsecretario de Salud Pública Municipal).¹⁴²

Ante la actual política de drogas, su ineficacia y efectos perversos que atentan a la democracia y las acciones de salud pública, la definición de las *adicciones* como un “*problema de salud*” desde el poder político municipal impulsaba la investigación con nuevos interrogantes: ¿Es factible la prevención? ¿Cuáles son las articulaciones comunitarias y con el propio sistema de salud para la atención? ¿La prevención abarca dispositivos de políticas sociales? ¿Sobre quién o quiénes prevenir? ¿Para qué?

La Prevención desde Centro de Prevención (CP):

Al momento del estudio, el *Centro de Prevención (CP)* estaba ubicado en el radio céntrico de la ciudad, en una casa antigua, con cuatro grandes salas para reuniones. Era la única institución que abordaba explícitamente el tema de las adicciones dentro de la estructura de la Salud Pública Municipal. La investigación de campo realizada allí,

141 Parsons, T.: *Sobre el concepto de poder*. Siglo XXI, 1963.

142 Palabras de apertura en el “Curso para docentes” organizado por el Centro de Prevención, dependiente de la SSP, de mayo a junio de 1997.

más que ofrecer respuestas a las posibilidades de la prevención, generó nuevas preguntas e interpretaciones respecto al conflicto en el modelo de “*atención a las adicciones*”¹⁴³.

Los profesionales que integraban el Centro de Prevención en Adicciones (CP) eran: 1 médica psiquiatra, 4 psicólogos, 3 trabajadoras sociales, un antropólogo, bajo la dirección de una psicóloga; contaba además con una empleada administrativa y un estudiante de agronomía que asesoraba sobre huertas comunitarias (que no participaba en las reuniones grupales).

Los gastos del CP, según nuestros registros, era cubiertos en parte por un monto de dinero asignado por la Ordenanza de 1998 proveniente de impuestos a los espectáculos públicos. La suma total por este concepto la administraba la propia SSP desde “*Programación*”, destinando sólo una parte – “*escasa*” según los registros obtenidos al indagar por el presupuesto asignado– a la institución, lo cual producía constantes reclamos a la SSP en cuanto a la necesidad de disponer de materiales de librería (fibrones, biromes, papelería, etc.), artefactos e insumos para el Centro, desde estufas hasta bombitas de luz, infusiones, servicio de “Internet”, generando también preocupaciones por el monto de gasto mensual en el servicio telefónico, actividades de formación, jornadas, congresos, etc.

En el documento de “Propuestas” del Centro de Prevención, del año 1999, se dice:

“... con la voluntad de encontrar respuestas globales y compartidas en torno a las drogadependencias, nace... esta institución que reúne a profesionales, que desde distintos ámbitos laborales y desde niveles de intervención diversos comparten este objetivo final”... “desde su presentación en 1991... es un espacio de reflexión interdisciplinaria y abierto al tema, ofrece a la vez servicios de asesoramiento a las diferentes entidades o departamentos de la Municipalidad de Rosario para apoyar proyectos en este campo, como para la formación de diferentes actores (padres, docentes, personal sanitario, etc.) con la finalidad de poten-

143 Se recuerda en este punto las categorizaciones del CAPÍTULO 2, respecto a los distintos sistemas de salud en el cuadro de Haro Encinas y los modelos de atención desde la concepción de E. Menéndez.

ciar la puesta en marcha de programas de prevención en cada territorio concreto”, “...con investigaciones que se orientan más hacia el campo de la promoción de la salud en general, congruente con el concepto de consumo y abuso de drogas que contempla las múltiples dimensiones de la problemática”.

De los registros de campos e Informes anuales elevados a la SSP por el CP se rescatan las siguientes actividades realizadas:

Área Asesorías: a través de un equipo interdisciplinario responden a distintas demandas de la comunidad en relación con la problemática de las drogas/adicciones: consumidores, familiares, amigos. Esta área llevaba una ficha de registros, en los que el mayor porcentaje de consultas (65%) eran realizadas por un familiar directo, generalmente padres. La recepción de los consultantes la realizaban dos profesionales del Centro, con la posible inclusión, según la complejidad de la problemática, de Trabajadores Sociales, ofreciendo asesoramiento y *“facilitando alternativas adecuadas para una resolución que contemple los recursos propios del consumidor, su familia y su entorno”.*

Área Educación:

- coordinación con escuelas primarias y secundarias, potenciando líneas de prevención secundaria (asesorías, grupos para familiares de personas que consumen drogas, etc.);
- curso-taller de capacitación para docentes de escuelas, respuesta a pedidos de charlas-talleres, jornadas informativas y de reflexión sobre el tema drogas-adicciones;
- trabajo con grupos de jóvenes en escuelas, articulando con el Departamento de Educación para la Salud, Programa Municipal de SIDA y Departamento de la Juventud (Promocial Social).

Área de Inserción Comunitaria:

- trabajos en el Distrito Noroeste: Barrios Santa Rosa, Meaux, Colombres, Parque Casas, Las Flores, etc.;
- realización de encuentros deportivos, seguimiento de “casos” de jóvenes *adictos* en jurisdicciones de distintos Centros de Salud con reuniones de equipo conjuntas;

- apoyo de los programas a nivel nacional como el “Fortalecer”, que posibilita renta compartida por los jóvenes que trabajaban en un espacio radial alternativo. Aproximadamente 30 chicos integraban esta propuesta y sostenían la radio Comunitaria “FM juventud 99.1”;
- trabajo “*inter-institucional*” con Centros de Salud, Asociaciones vecinales y Escuelas a los efectos de “*crear un entramado comunitario que permita abordar la problemática de las adicciones y de la salud en general; encontrar instancias de integración que favorezcan la construcción de proyectos comunes de interés comunitario*”;
- trabajos con Áreas de Atención Primaria de la Salud: reuniones con coordinador de distrito NO de APS, “*con el objetivo de acordar criterios y modalidad del trabajo a realizar con los centros de salud de su distrito*”. También con un centro de salud “*procurando consensuar la modalidad de trabajo a implementar*”;

Área Epidemiología: registro de llamadas telefónicas por consultas y de las Asesorías a través de una planilla específica. También existía un proyecto conjunto entre el Centro de Prevención y el Departamento de Epidemiología desde 1998 (ver en Anexos), para lo cual se realizó un concurso para ingreso de un profesional que tomara esta línea de trabajo con fecha junio/1999, renta suspendida al cabo de dos años aproximadamente. (Las vicisitudes de construcción de una “*epidemiología en adicciones*” se presentarán en ejes siguientes).

Red Asistencial con ONGs: realización de reuniones con representantes de distintas ONGs en Adicciones: “*Nuestra política apunta a legitimar la participación de las mismas y a continuar potenciando la red de articulación de servicios en la idea de poder brindar a la comunidad que demande una oferta diversificada de modelos asistenciales (centros de auto-ayuda, centros de día, comunidades terapéuticas, programas ambulatorios, etc.) con la convicción de que, en este tema no existe una respuesta única, sino diferentes alternativas*”. Asimismo se ofrecía una lista de ONGs de la ciudad al público que lo requiriera.

Área de Investigación y Proyectos: Participación de los integrantes del Centro en Proyectos de investigación, Jornadas de capacitación in-

ternas, participación en el comité editorial de la revista “Investigación en Salud”, cursos de postgrado, seminarios, talleres, etc. Ejemplo de ello es la ponencia presentada al “8º Congreso de Salud Municipal” con el tema: “Construyendo alternativas en el contexto de vulnerabilidad social”, con integrantes profesionales de Centros de Salud y del CP y pasantes de la Escuela de Trabajo Social.

Concurso “Tiempo de Crear”: Rubro “afiches”. En conmemoración de la Lucha contra la Drogadicción se organiza el Concurso, estimulando la participación de alumnos de escuelas secundarias y terciarias de la ciudad. También se organizaban representaciones y dramatizaciones teatrales de problemáticas ligadas al consumo de drogas, con la coordinación de unos de los profesionales que era psicólogo y director de teatro.

Edición del libro “Adicciones”: Con textos de mesas redondas, conferencias y cursos realizados en el ámbito de trabajo del CP.

La categoría “Adicciones” en el Centro de Prevención:

En el material impreso que difundía el Centro se informaba:

“¿Qué entendemos por Adicciones? “El consumo de drogas es una de las expresiones del malestar en la sociedad; es la respuesta que algunas personas encuentran frente a la angustia y los conflictos que no pueden resolver”.

“Tenemos a nuestro alcance ‘alcohol para divertirnos, cigarrillos para calmar la ansiedad, pastillas para dormir, televisión para no dialogar, marihuana y cocaína para desinhibirnos”.

“La drogadicción es una de las tantas adicciones posibles como el tabaquismo, alcoholismo, adicción al juego”.

“La Organización Mundial de la Salud define como drogas a ‘toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, modifica una o varias de sus funciones’”.

“No todas las personas que consumen drogas son adictas. El vínculo adictivo es un proceso que comienza con el uso, puede seguir con el abuso y llegar a la adicción”.

“¿Cuáles son los efectos? La droga puede crear dependencia, es decir, la necesidad incontrolable de consumirla. Puede, además, producir tolerancia: para conseguir el efecto deseado se necesita aumentar la dosis. Los efectos dependen de la droga utilizada, de la forma y tiempo de consumo. Algunas son estimulantes y otras son depresivas. En caso de sobredosis y como efecto de intoxicación aguda, pueden causarle la muerte”.

Y más adelante, en el mismo tríptico se señala:

“¿Cuáles son las (drogas) más frecuentes? existen dos grupos de drogas –las llamadas “legales” que son fáciles de obtener y aceptadas socialmente, y las llamadas ilegales, relacionadas al tráfico clandestino y prohibidas por la ley”.

“Legales:

- *Bebidas alcohólicas*
- *Medicamentos (uso no prescripto por un médico)*
- *Tabaco*
- *Inhalantes (solventes y pegamentos)*

Ilegales:

- *Las más utilizadas en nuestro medio son la marihuana y la cocaína”.*

En este material el uso de drogas aparecería como “adicción”, y “la droga que puede crear dependencia, tolerancia, intoxicación aguda”.

En el documento “Propuesta de los integrantes del Centro de Prevención en Adicciones” de 1999 se dice: “La concepción de adicciones que ha sostenido el programa del Centro de prevención en

adicciones coincide con la desarrollada por el sociólogo Alberto Calabrese que habla de “la droga” como el “consumo de los consumos”, expresión del malestar social”. “En este sentido, entendemos que la elaboración de estrategias de acción debe estar sostenida en una concepción tan fuertemente multidisciplinaria como multisectorial que pueda brindar una diversidad de respuestas a las múltiples manifestaciones que la problemática presenta”.

Continúa el documento:

“Tiene por objetivo, frente a la resistencia del paciente, facilitar mediante un “proceso de orientación” a la familia, el acceso a la consulta por parte del propio usuario y lograr el mayor esclarecimiento para enfrentar las circunstancias por las que todos atraviesan, discriminando los diversos componentes del problema.

Este programa no fue concebido sólo como un lugar de escucha y orientación para los padres de los usuarios, sino que constituye una estrategia destinada a la cura del toxicómano, en el marco de una propuesta clínica que respete tanto el carácter anónimo como voluntario de la consulta.

Este programa está concebido para atender la demanda del grupo familiar y jóvenes en dificultad, que no afectados al consumo de drogas, puedan consultar en función de otras problemáticas que hagan aconsejables un “proceso de orientación” o su eventual asistencia psicoterápica”

En la página 4 de dicho Informe, donde se resume la labor de las “Asesorías”, se dice que:

“Se observa en forma recurrente que los factores enunciados anteriormente tienden a ser encubiertos por el prejuicio que considera a “la droga” como la única y verdadera causante del problema y por ende al que la consume. Se tiende a la homogeneización de causas, consecuencias, formas de administración y sustancias consumidas, exceptuando las drogas legales (alcohol, tabaco y psicofármacos), que paradójicamente casi escapan al concepto de droga”

Registro Publicación Mayo/1998: *“Y éste es el problema de la prevención. El eje de la prevención es: ¿estamos luchando contra las drogas o estamos luchando por nosotros mismos? Si estamos luchando contra las drogas yo diría que es un esfuerzo que no vale la pena. Las sustancias hoy están, mañana puedan ser sustituidas por otro tipo de problemas, siempre van a ser sustancias... Aunque hoy se acabaran todos los cultivos del mundo ya están las drogas de diseño”*. (Dr. Calabrese, invitado por el CP a las Jornadas de 1996, *op.cit.*).

Prevención... ¿y la atención de las adicciones?

No existe “la droga” como una sustancia atemporal y única; para su análisis se hace imprescindible contextualizarla en una determinada sociedad y en un momento histórico-económico determinado; idéntica perspectiva se aplica a las respuestas del sector salud, desde los modelos de prevención y atención, su legitimación y eficacia.

El Centro de Prevención (CP) era el único dispositivo que participaba explícitamente en la programación de acciones respecto a las adicciones. Lo hacía con una infraestructura de salones de *encuentro* y atención al público, sin dispositivos ni camas de *“hospital de día”*, ni *internaciones* transitorias posibles para este fenómeno tan complejo y de fuerte preocupación social, con imprecisión conceptual desde el sector salud, como saberes técnicos ligados a representaciones sociales que producían rechazo, curiosidad, temor, molestia, impregnando prejuicios y estereotipos.

Sin embargo, en los materiales de divulgación, se indicaba *“Para la derivación se señala la ‘Red Preventiva-asistencial’”*.

De los registros de campo, se selecciona:

“No, no hay una clínica para las adicciones en el hospital, nosotros los enviamos al CP”. (Médico de hospital zona sur).

“La campaña de prevención de Miroli fue espantosa, eso no sirve, pero creo que en la SSP está esa Casa de Prevención”. (Médico de Guardia de Hospital).

Se recogen experiencias, por ejemplo, en México, para el tema de alcoholismo se muestra la pertinencia de Programas y objetivos diseñados de forma interdisciplinaria, a más de la necesaria participación de la sociedad civil en las estrategias de investigación y de acción, a los efectos de buscar una aproximación de los ámbitos micro y macro sociales. Esto implica, como primera tarea, revisar las relaciones de hegemonía y subordinación en el campo del conocimiento, junto al análisis de la exclusión y estigmatización que se esconden en las características socioculturales de las adicciones, todo a los efectos de posibilitar un trabajo conjunto ante la vulnerabilidad y la exclusión que envuelve esta problemática.

“¿Se puede prevenir el inconsciente? Porque es el tema con las adicciones... Sí, en la SSP está el CP, pero no sé si eso sirve para algo...”
(Psicoanalista, del Programa de SM).

La visualización del CP por parte de los profesionales de los restantes servicios y Departamentos de la SSP transcurría entre la delegación total del problema, prevención-asistencia-rehabilitación, aunque las actividades del CP –como lo indicaba propiamente su nombre– eran exclusivamente de prevención, el desconocimiento del servicio dentro de la SSP, o la falta de acuerdos respecto a la categorización de las adicciones; y sus paradigmas de acciones preventivas mostraban las tensiones y búsqueda de hegemonías de los campos disciplinarios, más allá del “valor propio” de cada teoría. Si bien un saber disciplinario es una forma de poder, en una organización debe ser sostenido por sujetos atravesados por determinados contextos, no sólo normativas acerca de *“adicciones como un problema de salud”*, sino explicitando rechazos, silenciamientos, renunciaciones, negociación, conflicto de poderes, pujas de lugares y espacios.

De amplia circulación entre los profesionales del CP de la SSP, se recogían las experiencias en este campo de Barcelona¹⁴⁴, o de Francia, con coordinación de C. Rougeirie y L. Calvacanti¹⁴⁵, y las llevadas adelante en nuestro país por el equipo de G. Touzé en la ONG

144 En Anexos, citamos algunos lineamientos de conferenciantes invitados a la ciudad, dentro de la perspectiva de “reducción de daños”.

145 Rev. *Encrucijadas*, op. cit.

“Intercambios”¹⁴⁶. Pero el conocimiento y la gestión requerían de un posicionamiento político claro respecto del paradigma de acción, con consecuencias de la legislación vigente, con explicitación de una perspectiva de protección y control de los daños por uso de sustancias, puesta en funcionamiento de mecanismos de prevención de los riesgos, tanto para los usuarios de drogas como para el conjunto de la sociedad.

“... no se han centrado en un modelo único de prevención, se han ido dejando de lado diferentes modelos: el modelo jurídico, el sanitario, el médico, para tener una amplitud de criterios en relación a otra modalidad que no supone un saber cerrado, un saber absoluto. El enfoque de la reducción de daños es una modalidad que nos parece interesante, que implica un desafío, que creemos no debe reducirse a algunos de sus efectos en la práctica, y que aún no está suficientemente debatido en nuestro país”. (Director del CP, Jornadas por el 26.6.96, Día Internacional de Lucha contra el uso indebido de drogas).

G. Zaldúa sostenía en unas Jornadas: “Instalar y cuestionar el mandado de prevenir nos instala en un lugar incómodo, de sospechosa problematización; la prevención como evitación resulta paradójica en un doble sentido, como contradictoria –al incluir y excluir por su legalidad, a pesar de las toxicidades similares de algunas de ellas– y por su aserción inverosímil o absurda, aunque con apariencia verdadera, de una sociedad sin drogas, que obviamente no existe ni existió”... “... Sin ingenuidad ni paternalismos debemos instalar el tema en la agenda social que despoje el carácter de causalidad única y pueda establecer asociaciones entre caída de ideales y esperanzas y objetos fetiche, de transgresiones y responsabilidades de los jóvenes, pero con cumplimientos de la ley igualitarios, equitativos y no instituciones penales para la pobreza, ni escuelas para la pobreza que no garantizan el derecho a la educación ni servicios de salud que no garantizan el derecho a la salud”¹⁴⁷.

146 Profesionales invitadas por la propia SSP a paneles, conferencias, etc.

147 Zaldúa.G.: conferenciante invitada al Programa de Salud Mental de la SSP, *op. cit.*

Saberes profanos y auto cuidado. ¿Y la participación comunitaria?

Recordando los presupuestos que guían esta investigación respecto al análisis del papel de las instituciones, el Estado y los procesos históricos en la configuración del proceso “salud-enfermedad-atención” en sus distintas dimensiones, saber de los curadores, instituciones y modelo de auto cuidado de los conjuntos sociales, se destaca la importancia asignada a la “carrera del paciente” como “*aportes de la periferia*” como contrapunto de ciertas orientaciones (a veces con una clara direccionalidad y espíritu crítico, y otras desde un punto de vista pragmático o con exceso de ingenuidad) emanadas de niveles centrales de decisión.

A medida que avanzaba el trabajo de campo de esta investigación como una “descripción densa”¹⁴⁸ de la problemática en adicciones desde la perspectiva de los trabajadores de la salud en el ámbito municipal, se fortalecía el eje de interpretación sobre la incoherencia, los dilemas no resueltos y la ausencia total de una política de salud que integrara de manera sostenida los saberes comunitarios, las redes de auto-ayuda de grupos de “adictos recuperados”, o una estrategia de prevención de daños del consumo problemático de sustancias.

¿Cuáles eran las capacidades institucionales, el poder de integración con los servicios de salud, la lucha de paradigmas respecto a las políticas sobre drogas, la jerarquización que imprime el biologismo clínico en las estructuras de salud, la categoría de “enfermedad” desde el programa de Salud Mental, la correlación de fuerzas de un Centro de Prevención de nueve (9) personas para resolver *la prevención de las adicciones en Rosario*?

“No entiendo cómo nosotros no estuvimos en el concurso ese de epidemiología para adicciones que hizo el CP, tendríamos que haber estado ¿no?”. (Psicoanalista, coordinadora de un Programa de Salud Mental de la SSP).

Una política de prevención implica una explicitación de sentidos no basados en urgencias de morales o imperativos estigmatizantes

148 Geertz. C.: *La interpretación de las culturas*, México, Gedisa, 1987.

de “seguridad social”, supone la construcción de redes sociales, presupuesto para articular con políticas sociales, una concepción que no es dicotómica, inespecífica/específica, decisiones legitimadas y avaladas por toda la institución política y de salud, al margen de las luchas internas de saberes o cargos, con un compromiso legítimo y estrategias de atención sostenidas, y un compromiso y participación de los actores de la propia comunidad interesados en la problemática.

Caso contrario, sin formas organizadas en “red”, los modelos de integración de prevención-atención y los lineamientos de APS son “virtuales”, “híbridos” y llenos de incertidumbre (no sólo para los usuarios de drogas que pueden demandar asistencia, sino para los propios profesionales que hacen al proceso salud-enfermedad-atención de las adicciones).

Las Demandas y paradojas.

“El Modelo Médico Hegemónico no impone ningún saber, sino que expresa las representaciones y prácticas que manejan los profesionales y las instituciones médicas”.

E. Menéndez en “*Morir de alcohol*”.

En el imaginario de los profesionales médicos del sector salud estaba presente la idea de que el CP era el “*lugar de las adicciones*”, aunque las actividades eran sólo de “prevención e información”. Por otro lado, la falta de articulación con la atención médica hacía imposible la derivación a la estructura hospitalaria, por lo que se derivaban algunos casos de urgencia hacia las ONG –privatizándose la atención– y otros efectores de salud de dependencia provincial.

“Ayer me llamaron del Centro de Salud del distrito; estoy desesperada, fueron a verlo a Carlos con la policía y una médica del CIES, pero la médica del Centro de Salud me llama a mí para que yo lo ubique a Carlos... y ¿dónde lo pongo?”. (Psicóloga del CP de SSP).

Cada vez que se presentaba un pedido de internación para un usuario de drogas *estallaba la supuesta “red” de salud*. Se daba la paradoja de que los profesionales de los Centros de Salud (pertenecientes a APS de

la SSP) demandaban un espacio de atención al Centro de Prevención, y los profesionales de éste iniciaban una búsqueda cargada de *“presiones”* por sus propios pares, por familiares que reclamaban la internación de ese paciente, de jueces o personal policial que acompañaba a profesionales médicos en las ambulancias, etc. El circuito espacial de esta “dinámica de organización del trabajo” respecto a la drogadependencia se presentaba como atención-prevención-rehabilitación.

Pero las alternativas de *atención de las adicciones* dentro de la propia estructura de salud municipal eran muy pocas y mucho menos si estaban signadas por la *urgencia, urgencia social o de salud*. La derivación se hacía a los servicios de la provincia o un espacio en los centros de internación y rehabilitación de las llamadas “ONGs”, con pedido de subsidios o *una o dos becas por semestre*, que se constituían en únicos cupos posibles de internación, con la promesa siempre pendiente de que los profesionales del Centro de Prevención “gestionarian” un pedido de presupuesto a la SSP. Cabe señalar que de no disponer de estas “becas”, el paciente debía abonar a la ONG entre \$ 1.000 y \$1.500 por mes, si no tenía una obra social cuyo nomenclador cubriera esta problemática. De nuevo se presentaban contradicciones, presiones y situaciones paradójales en que, *en la derivación de adicciones, la estructura pública alimentaba el mercado de las ONGs*.

Otra posibilidad de derivación se dirigía al reclamo de *una cama* en el Hospital Psiquiátrico, dependiente de la estructura de salud provincial, y una nueva paradoja desde los diferentes poderes políticos en la ciudad (salud municipal y salud provincial). En este “*neuropático*” estaba radicado un Centro de estudios de las adicciones, dependiente de la Universidad Nacional de Rosario, a través del cual se realizaban las admisiones en dicha estructura psiquiátrica, pero según los registros, no aceptaba usuarios de drogas si tenían una “patología dual” (“*estructuras psicóticas*” según los registros).

“En el Psiquiátrico Provincial dentro de poco, para que nos acepten un paciente, va a tener que tener guita, padre y madre, hermanos y novia, estudiar y trabajar... cada vez tienen más problemas”. (Psicóloga del Centro de Prevención de la SSP).

Como nueva paradoja, este servicio del Psiquiátrico Provincial está signado como partidario de la “*reducción de daños*”, “*reparto de jeringas*” y “*legalización de la marihuana*” en la ciudad, dado que varios de los profesionales habían participado en los años 1999 a 2001 en marchas por “marihuana libre”. El “estigma” que se adjudicaba a los usuarios de drogas se reproducía entre los propios profesionales con “atributos negativos, desacreditadores de algún tipo de comportamiento y por extensión de la persona”¹⁴⁹.

La trama de política, prácticas y servicios, junto a recursos, poderes, jurisdicciones y pertenencias, agregaba presión sobre los profesionales del Centro de Prevención cada vez que se presentaba una *demandas de internación*. Los modos y limitaciones de la economía de los usuarios aumentaban las complicaciones que “excedían” al orden sanitario: encontrar alojamiento dada la falta de instituciones de refugio o viviendas transitorias en la ciudad, falta de lazos familiares en casos muy crónicos, pérdida de documentos de identidad, violencia y traumas ante deudas por la comercialización o el consumo de drogas, amenazas, una “carrera” en las estrategias de desintoxicación, acceso a derechos sociales como asistencia a hijos si los hubiere, coordinación con jueces, estrategias con “los chicos de la calle” ligados al consumo, re-inscripción escolar.

Sólo la “*red de pares*”, reciprocidades y alianzas *personales* de los profesionales del CP (ya no la red de servicios de salud municipal institucionalizada) ponía en marcha un mecanismo de consultas clínicas, superando el dispositivo de “*turnos programados*” o el “*dispositivo de admisión*” en semanas, propias del Programa de Salud Mental, u obtención de medicamentos por enfermedades relacionadas o no con el consumo (hepatitis, tuberculosis, SIDA, problemas odontológicos, abscesos, cortes, etc.).

Es decir, todos los problemas del “mundo” del usuario de drogas reclamaban una articulación casi inexistente desde la direccionalidad de la gestión política-técnica en la SSP con el trabajo de los profesionales del CP, “*el Centro que se ocupa de las adicciones*”. Esta fractura interpe-

149 Grimberg, M. en “VIH-SIDA, vida cotidiana y experiencia subjetiva. Una revisión conceptual de las dimensiones de vivir con VIH”, *CESS*, nº 82, 2002.

laba instancias específicas del sector salud como APS, Departamento de Educación Salud, Departamento de Trabajo Social, Programa de Salud Mental, Dirección de Farmacia, Dirección de Atención Médica, Promusida, por nombrar sólo algunas; como otras del ámbito municipal: Secretaría de Promoción Social, Departamento de la Juventud., Programas “Crecer” y otros.

La impotencia y *desesperación* de los profesionales del Centro de Salud aumentaba ante cada demanda de atención y la dificultad de derivación de estos pacientes de urgencia. El “trabajo profesional “excedía a la prevención e información sobre el consumo de drogas de *“la casa del CP”*, constituyéndose en un problema ético y de defensa de los derechos humanos de los ciudadanos que demandan servicios al ámbito municipal. La falta de herramientas y respuestas se repetía cuando se acercaban familiares o allegados al usuario de drogas a requerir una acción urgente:

“Mi hijo le vendió ya los libros a su hermanita, la plancha a la madre, prendió fuego a la casa, yo mismo le pedí a la policía que lo meta preso para que no lo maten por la calle, vine acá para ver si Uds. pueden hacer algo”. (Un padre en el espacio de “Asesoría” del CP).

“Este muchacho es alcohólico, era un buen empleado, trabaja con nosotros, pero en su casa ya no lo quieren, no sabemos qué hacer...”. (Jefe de otra sección de la administración municipal “derivando” al CP a un compañero).

“Ella ya se perdió muchas veces, dice que la siguen por la calle: dejó de estudiar odontología, el padre no la quiere en casa y la obra social no le reconoce atención psicológica por consumo de drogas”. (Mamá acompañando a su hija adolescente en el espacio de “asesoría” del CP).

“Mi hija necesita un trabajo, el Juez la controla, ella le lleva la constancia que viene acá, que va a “Narcóticos”, pero sin trabajo, va a volver con el muchacho, ella necesita salir del barrio”. (Padre de paciente de una ONG, en el espacio de Asesoría del CP).

Por otra parte, a través de la técnica de observación participante, el registro de “escenas” de angustia y violencia se repetían. Uno de

los episodios de gran significación en esta investigación, hace referencia a un joven consumidor que esperaba a su madre en la vereda del CP, mientras ésta última se encontraba en “Asesoría” con dos profesionales psicólogos. Repentinamente un profesional –antropólogo– sale corriendo a la calle, pidiendo auxilio, interpelando a dos agentes de policía urbana que habían literalmente “cercado” sobre la vereda, con sus motos, al joven. Explicaciones mediante, tampoco la fuerza policial sabía que “*esa casa*” era un centro de prevención en adicciones; la interpretación del hecho fue:

“A éste lo ‘salvamos’ de ir preso ‘por portación de rostro’”. (Antropólogo del Centro de Prevención de la SSP).

“El flaco tiene que protegerse, ya lo tienen marcado en el barrio... hasta la remera de los “Redondos” debería darse vuelta”. (Trabajadora Social del Centro de Prevención).

Se buscaban responsables, chivos expiatorios que rotaban en el rol, por momentos hacia el coordinador del CP y su falta de “*reconocimiento político dentro del partido*”, “*sus internas con la dirección de otros Programas*”; en otros, entre los propios profesionales del equipo del CP. Se reasignaban periódicamente culpabilidades por la falta de coordinación, capacidad, legitimación, conocimientos y hallazgos de herramientas en la dirección de esta complejidad. Presentaciones escritas ante la jefatura de “Programas” de la SSP cada año, conteniendo un Informe institucional del CP y de cada profesional particularmente, con resumen de las actividades realizadas y propuestas para el período siguiente, fue material documental utilizado en el análisis de esta investigación. Pero no se obtenían respuestas que colaboren con la construcción de un posible “Modelo de Atención” a las adicciones; cada año era esperada la “*reunión con la coordinadora de ‘Programas’ pero la articulación no llegaba*”. Así, la impotencia e indefiniciones desde lo político y la gestión de salud también se trasladaba a los propios usuarios de drogas, “victimizadas” por la falta de respuestas e intervención desde la salud pública municipal.

Si bien los profesionales del CP adherían a la concepción del importante papel que podían cumplir los propios “*adictos*” como agentes

de salud, esta estrategia era obstaculizada desde la dirección de la SSP. La percepción por momentos señalaba que desde la coordinación de Programas *“no había intenciones de profundizar y extender el “perfil” del CP, porque habría que responder con fondos que no se disponía”*; o bien por falta de adhesión al *“posible voluntarismo sin continuidad de la propia comunidad en estos temas”*.

Otro episodio registrado en el trabajo de campo se presentó en el espacio de *“Asesorías”*, cuando una madre firmemente decidida a *“hacer algo”* ante la impotencia de intoxicaciones por consumo de su hijo, manifestaba la necesidad de reunirse con otras madres para denunciar a los traficantes de su barrio *“La Lata”*¹⁵⁰ y reclamaba colaboración de los profesionales, interpelando al dispositivo de salud y a las posibles estrategias de prevención de comunitaria en drogadependencia y los lineamientos de APS.

Dice la OMS en su *“Informe sobre Salud mental/1988”* que el paradigma de la época será reducir el papel central del equipo de salud e impulsar la inclusión activa de la sociedad civil a través de los grupos de autoayuda (comunidad, parientes y adictos); pero el uso de drogas asume el carácter de una *“amenaza”* en nuestra sociedad, asociado a una patología de *“sinuosa”* definición, según D. Herscovitz¹⁵¹, como es la *“adicción”* y su tratamiento, objeto de prácticas y saberes que se entretejen en marcos normativos y valorativos.

Una profesional, psiquiatra, que había vivido en el exterior durante mucho tiempo, fundamentaba la necesidad de apelar a estrategias en un nuevo modelo o paradigma de articulación comunitaria:

“Nosotros necesitamos trabajadores de calle, como en Francia, había gente capacitada, profesional o no, que conozca la gente o que sea de la zona, y salga a buscar a los adictos, para que ingresen al sistema. Esto evitaría muchísimas internaciones”. (Médica psiquiatra del Centro de Prevención de la SSP, renunció al año de realizarse esta entrevista).

150 Esta posibilidad no fue *“atendida”* en el sector salud; lo que hoy se constituiría en un antecedente de las *“Madres del Paco”*, organización de la ciudad de Bs. AS.

151 Herscovitz D.: *op. cit.*

Así, se renovaban las percepciones de descalificación, desvalorización desde los niveles centrales de decisión hacia la propia práctica, produciendo un círculo de vaciamiento y deslegitimación de las acciones que sí se llevaban a cabo. La subalternidad producía contradicciones en el CP que operaban desde otras instituciones, por fuera de la estructura de salud municipal, por ser muy *“vanguardistas”*, *“inviabiles para salud pública”*, *–estar con la línea holandesa* que aparecían como propuestas renovadoras pero dentro del *“paradigma de reducción de daños”*–.

Sin embargo, se renovaba el presupuesto para la realización de jornadas sobre adicciones, se invitaba a las ONGs de la ciudad a participar como panelistas, renovándose las posibilidades de trabajo conjunto, convenios y subsidios; los funcionarios participaban como panelistas en Jornadas sobre “Reducción de daños” en la Universidad Nacional de Rosario. Mientras tanto la victimización de los pacientes por falta de respuestas ante demandas ligadas a la urgencia continuaba, la deslegitimación del trabajo de los profesionales del Centro y la subestimación era una situación anclada en el resto de los profesionales del ámbito de salud municipal. De los registros de campo seleccionamos:

“El Centro no sirve para nada, no basta la divulgación”. (Médico psiquiatra de la SSP).

“La culpa es de la directora, está enfrentada a la directora del Programa de Salud Mental, que a su vez la protege la directora de Programas de la SSP”. (Estadísticos, SSP).

“El trabajo comunitario sin APS no sirve, se diluye el intento dado que las áreas son muy extendidas, no se evalúan en el sostenimiento de la actividad, no hay continuidad”. (Trabajadora Social de APS).

“Llevar información es fomentar la pasividad y el paternalismo, no sirve para nada”. (Psicóloga del Programa de Salud Mental).

“Las adicciones son un problema de estructura, Salud Pública no puede dar respuesta”. (Psicoanalista de SSP).

“A mí me gustaría trabajar en el Centro de Prevención, pero acá desde el Hospital no me lo permiten”. (Psiquiatra de hospital de la SSP).

“Quieren hacer prevención cuando el inconsciente es impredecible...”. (Psicoanalista de Hospital de SSP).

“Se sabe que los adictos vuelven a atenderse luego de los 6 años de consumo”. (Médico de hospital de la SSP).

“La dependencia es una compulsión a beber, no controlada por la conciencia, por lo que técnicas educativas son de poca aplicabilidad”. (Médico de Hospital de la SSP).

Algunas pocas experiencias habían podido cumplir el papel del trabajo en “red” con ejes de APS; pero estos logros respondían a contactos, esfuerzos percibidos como *personales* de los profesionales del Centro. Por ejemplo, algunas ponencias presentadas a Congresos de Salud Municipal reflejaban las experiencias de trabajo conjunto entre profesionales de Centros de Salud, médicos, trabajadores sociales, antropólogos, todos con una marcada vocación de trabajo y entusiasmo negación de la dispersión presente en la estrategia de trabajo sobre drogadependencia de la SSP. Cabe aclarar que estas iniciativas nunca eran resultado de una programación orgánica y legitimada por la coordinación de programas o de decisiones de nivel central.

Las derivaciones hacia los profesionales de la Salud Mental (psicólogos, psiquiatras) de los hospitales o Centros de salud (que a su vez coordinaban con la dirección del Programa de Salud Mental) aceptaban pacientes con dificultades. La estructura de “*turnos programados*”, el “*dispositivo de admisión*”, significaba una primera entrevista con los coordinadores a cargo del área de Salud Mental del Hospital, por caso, –para luego ser derivados a un nuevo profesional de salud mental que trabajaba el “*tema de adicciones*”– operaba como un “frontón” de nuevo rechazo a la atención del usuario y a una nueva frustración

y aislamiento “de la racionalidad dominante” en los profesionales del CP.

Muchas de las respuestas que ofrecían los profesionales respecto a la falta de una integral acción en drogadependencia desde la SSP referían a la falta “real de un Programa de Adicciones”, que atravesara toda la mentada “red” sanitaria en la SSP. Las posibilidades de un buen funcionamiento de dicho Programa eran visualizadas como dependientes de “*acuerdos políticos*” en un marco conflictivo al interior de la SSP, que incluía tanto el “*internismo*” entre ciertas direcciones como la adhesión a ciertos núcleos teóricos de abordaje de las adicciones. Los “datos” de la investigación revelan el dilema no resuelto acerca de si las adicciones son un “*problema de estructura de personalidad o prevalecen los condicionantes socio-históricos para el consumo*”, incongruencia de las acciones derivadas del paradigma prevaleciente; a más de la supuesta “*coordinación de trabajo en red*” y de las particulares coyunturas institucionales.

“¿De quién depende este Centro? De SSP, coordinamos con la Jefa de Programas de la SSP”. (Psicóloga del centro).

“La realidad es que no sabemos de quién dependemos, si pertenecemos al Programa Salud Mental o no”. (Psicóloga del Centro de la SSP).

“Las adicciones son algo más que Salud mental, entienden lo social, lo comunitario, ¿por qué deberíamos pertenecer a Salud Mental? (Psicóloga del Centro de la SSP).

“El problema es que acá no hay un Programa sobre adicciones, tener una casa sólo no alcanza”. (Psicólogo del Centro de la SSP).

“Necesitamos una epidemiología para poder demostrar la magnitud del problema, un registro y una sistematización”. (Psicóloga del Centro de la SSP).

El cierre del Centro de Prevención: “la distribución” por “ineficacia” en la prevención de adicciones:

El Centro de Prevención en Adicciones, en funcionamiento desde 1991, se cerró en el año 2000 por disposición de la propia dirección de la SSP. Su director fue trasladado al servicio clínico de un hospital, la única empleada administrativa pasó a cumplir tareas en la administración de otro hospital, y los profesionales, en una primera instancia, pasan a depender del Programa de Salud Mental de la SSP –quedando unos dos meses sin tareas asignadas, ni espacio de inserción fijo, al punto que las *reuniones de trabajo* se realizaban en el bar cercano a la SSP, “*en el anexo*”, según dejan constancia las narrativas de campo. Posteriormente se les ofrece la posibilidad de “*distribución*” en los distintos centros de salud y hospitales, sin conservar la especificidad laboral anterior en adicciones.

De esta manera, se suceden uno o dos meses de incertidumbre en relación a la cuestión de inserción laboral del personal, a la espera de nuevas directivas, con análisis y posibles respuestas al “fracaso” del programa de prevención en adicciones.

La investigación revela situaciones de gran violencia e incertidumbre laboral en este grupo de profesionales, la mayoría con varios años de antigüedad en sus puestos de trabajo, todos en situación de “*interinos*” y uno solo con categoría de “*contratado*”. Los materiales bibliográficos son *distribuidos* en distintos departamentos; insumos, muebles y útiles pasan por igual destino de distribución y anonimato. Las vicisitudes de inserción de estos profesionales muestran la circularidad de contradicciones y contramarchas reflejadas en la prevención-atención de las adicciones, ahora trasladada a la propia inserción laboral de los profesionales.

Una de las psicólogas, en primera instancia, es asignada a tareas por parte de la jefatura del Programa de Salud Mental, a los efectos de realizar la “*Coordinación del grupo de profesionales de adicciones*”; más tarde ante la falta de unidad de criterios para este grupo de trabajo, renuncia. Se producen nuevas asignaciones de cargos “transitorios” en esta coordinación, pero sin discusiones programáticas ni estrategias de acción para las adicciones, por lo cual se plantea un clima

deslegitimante con interpretaciones de suspicacias respecto a supuestas relaciones de parentesco con ciertos “personajes” políticos de la gestión. Explicaciones asociadas a “*descalificaciones*” profesionales y subalternizadas en su idoneidad, junto a rumores de asociación de *cercanía* con la dirección anterior del CP, caracterizan la renuncia de profesionales de psiquiatría.

Por otra parte, las profesionales de Trabajo Social piden su integración a Centros de Salud y en un programa de inclusión de jóvenes desescolarizados; antropólogos piden su traslado definitivo a la Secretaría de Promoción Social y una profesional de ciencias sociales era “*distribuida*” al Departamento de Epidemiología –temática por la que había obtenido el cargo por concurso hacía año y medio; en unos pocos meses se le reclama su pertenencia al Programa de Salud Mental, donde se le asignan distintas tareas, desde atender el teléfono de este Programa y “*realizar investigaciones cualitativas en adicciones*”¹⁵², ésta última con constancias escritas y firmas de responsables del Programa de Salud Mental y la coordinación de “Programas”. Al cabo de meses, finalmente no se le renueva su contrato, sin explicación alguna. Así, el llamado “*proceso de distribución del CP*” continuaba.

A los profesionales psicólogos se les sugiere incluirse en los servicios de atención en hospitales –sin respetar la especificidad en adicciones–:

“Yo no sé qué voy a hacer con ustedes (dirigiéndose a antropólogos y trabajadoras sociales del ex-Centro de Prevención), nosotros no tenemos este tipo de profesionales en el Programa de Salud Mental”. (Psicoanalista, directora de un Programa de Salud Mental).

Otro episodio que grafica esta “*distribución*” de profesionales especializados en adicciones hacia los hospitales y Centros de Salud fue el registro en una reunión de coordinación, respecto al *urgente retiro de la cartelera de un Hospital* donde se informaban los nombres de los nuevos profesionales y horarios para la atención de adicciones:

152 Ver documentos en Anexos.

“¿Qué es esto? ¿Se nos va a llenar de adictos! Y ¿luego pondremos un cartel en qué día atendemos bulímicos? ¿Y luego cuándo anoréxicos?”. (Psicoanalista funcionaria de la SSP).

Se construía en este grupo de profesionales la percepción de que se hacía imprescindible *no incrementar la demanda de atención por adicciones* por no poder ofrecer respuestas, un “currículo oculto” nunca explicitado. De tal modo, hasta la línea telefónica que antes pertenecía a la casa del CP es trasladada a la oficina del Programa de Salud Mental, y luego cortada, ante “*el exceso de llamadas que están entrando por la ‘ventana de información’ para adicciones en la salud pública de Rosario*”. (Psicóloga de la SSP).

Igual suerte corrió el boceto “**ganador**” en el concurso de afiches realizado entre alumnos de una escuela de Diseño Gráfico y el CP. Esta estrategia de “prevención” incluía el análisis y discusión con dichos alumnos sobre el fenómeno de las drogas y entrevistas con los posibles “juveniles autores”. Ante la disparidad de criterios de triunfo en las autoridades ligadas a la gestión de salud, se impone un “primer premio” que involucre el tabaquismo y finalmente no se cumplió la *promesa* de impresión y distribución para su difusión en los servicios de la SSP.

¿Información es Prevención?

En el Centro de Prevención en Adicciones se realizaban reuniones semanales para planificar y coordinar las tareas, conforme a la propuesta anual elevada a la SSP. Si bien desde el saber técnico-ideológico el equipo de profesionales sostenía una *real tarea preventiva* de la drogadependencia, ésta sólo se podía concretar con la inclusión de todos los sectores sociales de la comunidad. En la práctica, la supuesta coordinación de los ejes de APS no se cumplían, y sólo fomentaba la idealización de una acción imposible en esta coyuntura. Si bien la limitación no estaba en el número de integrantes, se rotulaba la situación con la expresión: “*¿Bastan nueve profesionales para llevar adelante una estrategia de prevención en una ciudad como Rosario?*”.

La búsqueda de participación e inserción de estos profesionales en las instituciones en otras Secretarías del gobierno municipal era

permanente, y sin embargo, en el registro de este equipo de trabajo, campeaba una sensación de *aislamiento y esfuerzos inútiles*. Los obstáculos eran enumerados y discutidos semanalmente: teóricos, supuestos acerca de la representación médica conforme el MMH, prioridad o falta de “reconocimiento” de la problemática de adicciones en la gestión municipal de salud, impotencia ante la falta de lineamientos dentro de la declarada APS, carencia de una estructura clara y explícita para la atención de las adicciones, conformismo de las autoridades de salud respecto a la falta de aplicación de la Ordenanza de 1998, y deslegitimación de la coordinación de otros Departamentos y Programas. Estas contradicciones en las decisiones y antagonismos afectaban las acciones conjuntas.

En ese marco se presentaban las críticas respecto a falta de información epidemiológica: no había un Programa que incluyera una Epidemiología en adicciones para poder conocer la “*magnitud del problema*”.

En la “*casa*” del Centro de Prevención funcionaba una “*biblioteca*” abierta a la consulta de todo público; respecto a bibliografía, disponía de materiales impresos sobre “drogas”, por lo cual se facilitaba el acercamiento de docentes y estudiantes. Si bien estaba la gratificación de *agradecimientos* ante las charlas y cursos ofrecidos, no había una medida de ponderación de la acción preventiva, no había una real participación ni juego de inter-saberes entre el CP y el resto de los servicios de la SSP.

El “*aislamiento*” percibido por el equipo del CP dentro de la estructura de salud pública municipal se presentaba como uno de los *escollos posibles* para la profundización de la estrategia preventiva. La complejidad se ligaba a las características propias del fenómeno de las drogas “ilegales”, que no se puede agotar en el “*adicto*” y *el modelo de atención*, sino que involucraba a la política, las fuerzas de seguridad, a la Justicia, el sector educativo, la propia comunidad sensibilizada en este tema y la concepción teórica-metodológica para trabajar “para” ella o bien “con ella”, transformando a sus integrantes en verdaderos agentes de salud.

De los Informes anuales del CP se interpretaba la buena recepción y amplitud de áreas abordadas; algunas de ellas:

- Secretaría Promoción Social, Departamento de la Juventud.
- Gremio docente.
- Poder judicial, curso de capacitación policial.
- Centros de Salud y Hospitales.
- Comité de SIDA en Hospital.
- Vecinales y Asociaciones deportivas.
- Participación y organización de Congresos, cursos, jornadas, talleres.
- Programa Municipal de SIDA.
- Reuniones con sacerdotes de inserción comunitaria.
- Reuniones con Departamento de Epidemiología, Departamento de Bio-Estadísticas.
- Invitación a profesionales de Buenos Aires a través de charlas, jornadas.

Respecto a los contenidos de la prevención, en el Tríptico del Centro se detalla:

“¿Qué es la prevención en adicciones? La prevención se basa en la modificación de algunas de las causas que la ocasionan. No sólo se trata de hablar de cuáles son las drogas o sus efectos. Es la puesta en marcha de estrategias de acción global, en la que se sumen y participen todos los miembros de una comunidad, aportando diferentes acciones y saberes”. (Material gráfico del CP, año 1998).

Las acciones del Centro se dirigían a toda la población de la ciudad, con una conceptualización de “*prevención inespecífica*”, por lo cual eran una excepción las actividades destinadas a sectores con consumo explícito o perspectiva de reducción de daños (los registros dentro de este paradigma refieren únicamente *a otra casa*, la del PROMUSIDA). Mucha de la folletería, hecha desde una perspectiva de “reducción de daños”, o sea con sugerencias de protección de riesgos en el uso de sustancias, era proveniente de instituciones ajenas al ámbito municipal o bien de confección internacional.

Así, en general, las actividades focalizadas se realizaban con los familiares de usuarios de drogas a través del espacio de “Asesoría”. En

la ficha de registro de este dispositivo, por “*Motivos de Consulta*” se ingresaba:

- “*Pedido de asistencia y/o tratamiento por adicciones,*
- *pedido de diagnóstico de la situación,*
- *información según centros de tratamiento y rehabilitación,*
- *solicitud de intervención institucional,*
- *pedido de subsidios*
- *otros.*”

El CP encontraba “limitaciones” en las iniciativas de acercamiento más directo a las poblaciones de consumidores, y a las perspectivas de “*alianzas*” al movimiento de nuevos paradigmas de Reducción de Daños, de muchos de los profesionales de dicho Centro. Por otra parte, la percepción de “*droga-descontrol*” desde los profesionales médicos relegaba a no prioritarias las consultas asistenciales de los usuarios, sin reforzar la necesidad de un enfoque de “riesgo” que incluya usuarios y comunidad con posibilidades de acciones conjuntas. Por otra parte, actuaba el presupuesto del modelo hegemónico de que sólo a partir de la abstinencia y el abandono del consumo de productos se encuentra un camino para alternativas terapéuticas capaces no sólo de “curar” a las personas sino de devolverles su “libertad” (representación que aún persiste en el discurso médico y jurídico).

Los “*reposicionamientos*”, “*replanteos*”, “*pensamientos*”, “*debates*” y “*desafíos*” que no se terminaban de abordar en las prácticas, se expresaban en las palabras de esta funcionaria, a cargo de la coordinación del Centro de Prevención en el año 1998:

“Nosotros tenemos hoy en la ciudad de Rosario una realidad muy particular, un triste privilegio: ser una de las ciudades con mayor índice de consumo de drogas. Esto nos obliga como profesionales de la salud y como equipo de prevención a ir produciendo otros corrimientos y, de alguna manera, a reposicionarnos en el accionar con la comunidad. Es por esto, que a partir de esta nueva gestión municipal que ha comenzado en diciembre del año pasado, nos hemos replanteado nuestra modalidad de abordaje y tratamos de repensar lo que veníamos realizando. Si hasta ese momento el énfasis estaba puesto en el trabajo en

las instituciones educativas, hemos pensado (y es lo que estamos haciendo) trabajar más en los barrios con grupos de jóvenes". "... El enfoque de reducción de daños es una modalidad que nos parece interesante, que implica un desafío, que creemos no debe reducirse a algunos de sus efectos en la práctica, y que aún no está suficientemente debatido en nuestro país"¹⁵³ (subrayado nuestro).

En la ficha de registro de consulta a “Asesoría” (ver en Anexos), se categorizaba usando los conceptos: “usa”, “abusa”, “adicto” y “NC” respecto a alcohol, psicofármacos, cocaína, marihuana y otros; para la investigación epidemiológica se planteaba desde la CIE-10 y la derivación se encuadraba en el DSM-4, aceptado como nomenclador por algunas obras sociales. De los registros de entrevistas y las consultas en “Asesoría” se recepcionaban interrogantes sobre tipos de sustancias, productos que acompañan ciertos consumos, jeringas, algodones, uso de “la cajita” (*kit* de inyección), sustancias de reemplazo, posibilidades de tratamiento de urgencias, seguimiento médico o tratamiento de sustitución; también se informaba sobre enfermedades ligadas al consumo de riesgo: Hepatitis C, VIH-SIDA.

Más allá de las heterogeneidades de discursos y posiciones al interior del equipo de profesionales del Centro, con saberes y prácticas paradójales, contradictorias en el mismo escenario del ámbito de salud pública, la ambivalencia en cuanto a explicitación de paradigmas de abordaje se adjudicada a la coordinación desde la propia SSP.

Se le asignaba una lógica biomédica y estaba más preocupada por las consecuencias, intereses y valoraciones que se dispararían en el entorno político y social de la ciudad que por tomar iniciativas de reconocimiento del consumo de drogas “ilícitas” o discutir públicamente modalidades de protección para los usuarios. La negación del problema se unía al imaginario de un “mundo sin drogas”:

“La convocatoria que hoy hacemos a ustedes, los docentes, como en otros lugares hechos a los vecinos, es encontrarnos en estos espacios desde lo multidisciplinario, desde lo intersectorial. Con nuestras diferencias y

153 Palabras de la directora del Centro de Prevención en Adicciones en la Jornada del 22/6/96, dentro de los “Actos por el Día Internacional de Lucha contra el Uso Indebido de Drogas”.

con nuestras propias coincidencias, para poder impulsar proyectos que nos permitan vivir en una ciudad libre de drogas”. (Dr. M. Capiello, Subsecretario de Salud Pública, en Publicación de la SSP).

“... trabajamos con la concepción de Prevención inespecífica, nos centramos la problemática en la droga y sus efectos, o en la droga como objeto a combatir”... “Intentamos trabajar con los Centros de Salud, con los hospitales generales, intentamos crear una red preventivo-asistencial”. (Psicóloga del Centro).

“... trabajamos en prevención de adicciones, pero creo que esto tiene que hacerse extensivo a todos los agentes de salud, por lo menos de la SSP, de manera de poder hacer un trabajo mancomunado...”. (Psicóloga del Centro en Mesa redonda de 1997).

“...nosotros no podemos salir a repartir jeringas, está penado por la ley, y se condena al profesional que colabore con la práctica de consumo. Recordá la ley 16.463, del 23.7. de 1964 respecto a todas las personas que intervengan en las actividades de consumo de drogas”. (Psicóloga del Centro de Salud de la SSP).

“no hay una definición de adherir a la “reducción de daños” por parte de la SSP, nosotros no podemos hacer nada”. (Psicóloga del Centro).

La información y la divulgación ocupaban un lugar privilegiado en las actividades del CP, pero no garantizaban por sí mismas cambios de comportamientos ni la apropiación por parte de la comunidad de esta perspectiva de prevención inespecífica. Las demandas de que se concrete el “consejo médico” para las adicciones se debilitaban junto a la falta de la imprescindible articulación con APS y Dirección Médica. Como epígrafe de este capítulo se recuerda una cita de J. Lacan en “La dirección de la cura”:

“Pretendemos mostrar que la impotencia para sostener auténticamente una praxis, se reduce, como es corriente en la historia de los hombres, al ejercicio de un poder”. (Subrayado nuestro).

Las estrategias “deshabilitantes” se trasladan de la prevención al Programa de Salud Mental. Según los registros de campo, en febrero del año 2000 comenzaron una serie de reuniones “orgánicas” de los profesionales (psicólogos, psiquiatra, trabajadores sociales, antropólogos) que habían pertenecido al CP (*la casa* fue cerrada en diciembre 1999) con la dirección del Programa de Salud Mental. Los profesionales “distribuidos”, por su parte, continuaban preocupados por los abordajes de la atención:

“Se podría realizar reunión por zonas, pedir recursos de talleristas tenemos que tener propuestas más claras, o un plan de acción con lo que se tiene y con lo que se necesita”. (Psicóloga de ex-CP).

“En caso de violencias en el hogar se vuelve dramático el retiro del adicto del hogar, pues ante el llamado desesperado de un profesional del Centro de Salud, no sabíamos qué hacer, no había operadores de calle, había que llamar al SIES, que concurría con personal policial, produciéndose escenas de estigmatización y deterioro para todo el grupo familiar”. (psicólogo ex-CP).

“La odisea para los profesionales continúa cuando un paciente requiere internación, en los dispositivos de DIA —hay hospitales que no lo tienen— no existe personal permanente, no hay guardias de profesionales de salud mental los fines de semana nada está preparado para retener al usuario de drogas; es un temido peregrinaje, a veces los médicos de los centros de salud se ofrecen para llevarlos con su auto, si los atienden en los hospitales”. (Trabajadora Social ex-CP).

“Al dispositivo de admisión se le da mucha importancia en SSP, pero admisión nació para los estudiantes, ya con otras disciplinas, es un tema conducir la entrevista... Es distinto que estén presentes otras disciplinas”. (Psicólogo refiriéndose a la experiencia del CP en las Asesorías).

“¿Si, qué hacemos con la consulta espontánea?, esos se van y no vuelven, los médicos no derivan sabiendo que hay espera y pase de un profesional a otro en SM... ¿La admisión es una política organizativa o clínica? Debemos revisar qué es lo mejor para adicciones; la clínica ordena la

política en todos los niveles". (Psicoanalista en la Reunión del 3er. Nivel 2-8-2000).

"Se podría abrir un espacio en el hospital de Zona Norte; los Centros de Salud coordinan con el Hospital, hay un espacio de neuróticos graves, con dificultades de lazo..., hay grupos de sicóticos graves... no hay ni acompañantes terapéuticos, no existe esa estructura". (Psicólogo de SM).

"En el hospital de Día con suerte hay talleres, ... "el hospital de zona xx tiene hospital de Día con diabéticos, HEPOC, o sea hipertensión arterial, con adolescentes embarazadas, pero de adicciones nada". (Médico de la SSP).

"En nuestro centro antes los adictos no entraban. Si entraba uno, rápido a cerrar la farmacia, guardar las carteras. Pero luego del caso Javier, ahora hasta a la odontóloga la consultan. Pero yo me sentí muy sola e impotente, la policía o los amigos lo mataban cualquier noche, él no tenía donde ir, cuando lo lastimaron estuvo en el hospital Gro. Baigorria un tiempo". (Psicóloga de Centro de Salud).

"la madre desocupada está "ocupada" con su hijo adicto. Falta generar dispositivos colectivos en cada barrio". (Trabajadora Social, de Centro de Salud).

"Todos conocemos las dificultades de internación de pacientes con adicción en el Agudo Ávila, tienen que tener familias, no ser "duales", tener recursos..."¹⁵⁴. (Psicoanalista del Programa de Salud Mental).

"A veces vendrá un padre a pedir ayuda, que su hijo quema todo, rompe... ¿cómo trabajar sin demanda? Está la singularidad de cada caso... Pero hay un límite en la indagación, no preguntar más allá de la intervención. Se puede dejar información en el Grupo de padres ante los ojos rojos, el revisar la habitación...". (Psicoanalista del Programa de Salud Mental).

154 Este Hospital Psiquiátrico pertenece a la órbita provincial; no a la SSP.

“En general vemos pacientes que no están muy implicados, con narcosis en su angustia, o angustia calmada y vuelven a consumir”. (Ídem).

“Debemos pensar las características de un dispositivo, con un perfil de lo que se recibe aquí que consumen, si son más de 6 o 7 amigos, su barra, sus amigos. Quizás 2 o 3 amigos estarían interesados, conocer lo que se genera en la red de servicios, si son todos del mismo barrio, qué hay para ofrecer...”. (Ídem).

“Se puede armar algo con relación al arte, lo homogéneo y lo heterogéneo, lo importante es el coordinador cómo se posiciona; hay que arriesgar, hay que pensar otra cosa, salir de lo convencional, arriesgar, de lo imposible, aunque a costo de ganar y perder, lo alternativo como espacio”. (Ídem).

“Es dicotómico el orden de las palabras y el hacer, lo simbólico no es simple; se puede hablar y no causar efectos, no ponemos al niño que hable...; diferenciamos discurso de palabra, como en Lacan, el discurso no es sólo de palabras”. (Ídem).

“Que circule la palabra, no un efecto —somos todos alcohólicos— sino qué efecto hace en cada uno. Todo lo que apunta al sostenimiento yoico desde el punto de vista identificatorio, función del sostenimiento yoico, hay pulsión... duda clínica”. (Ídem).

“Los profesionales del CP se distribuyeron, sin guardar la especialidad; antes hacíamos prevención en el CP ahora en el hospital, atendiendo podés medir el efecto de tu práctica; quizás podamos desplegar algo. No, no nos permitieron poner un cartel que atendíamos adicciones, lo tuvimos que sacar”. (Psicólogo de hospital).

“A nivel de organización del trabajo me encuentro a gusto luego de la distribución, me gusta la clínica, la Psicóloga J. coordinadora del hospital, me dijo que podría trabajar la demanda interna del hospital”. (Psicólogo, Hospital).

“Salud Mental no es un Programa, es un servicio en la SSP, tampoco hay un Programa de adicciones. La división del equipo del CP en Centros y hospitales diluye el tema de las adicciones, nosotros por ahora somos el ‘fuelle’”. (Psicólogo, “distribuido” en Hospital).

Otros modelos de atención: derivar de lo público a lo privado: las “becas” en las ONGs.

La historia internacional del sector salud respecto a la atención de las adicciones ha transcurrido dentro de dos vías: una dominante, que se inscribe dentro de las variantes del MMH, y otra, crítica, desmedicalizada, pero minoritaria, interdisciplinaria y despegada de la perspectiva biomédica, que busca articular distintos modelos de atención (ver Gráfico de Haro Encinas en la primera sección), con incorporación de saberes de auto cuidado y promoción de la salud. La presencia de modelos alternativos no médicos ni psicológicos profesionales excede a la conceptualización de las adicciones como “enfermedad”, planteando una ruta de trabajo que no responsabilice, culpabilice ni individualice al usuario adicto, y solicita la máxima colaboración y compromiso de toda persona que tenga disposición de participar.

En nuestra investigación, el “orden terapéutico institucional” respecto al rol del “enfermo-adicto” y el “curador” era una trama de silenciamientos y confrontaciones en cuanto a las dimensiones políticas, normativas, prácticas de atención, etc. Las dificultades de su conceptualización, las indecisiones, incoherencias y dilemas en el ámbito municipal, respecto a Programas y modelos de atención para aquéllos ciudadanos que demandan asistencia a la drogadependencia, se extienden a otras organizaciones. La derivación a grupos de *Narcóticos Anónimos*, o *Alcohólicos Anónimos*, o la articulación con pastores, sacerdotes o sanadores comunitarios, que podrían concebirse como una estrategia de *desmedicalización*, se presenta en la representación médica como un camino de descarte, de descalificación cuando no de desconocimiento, sin perspectivas de inclusión como una herramienta posible de APS, ni de articulación de modelos de atención.

Una de estas organizaciones, “*Alcohólicos Anónimos*”, cuenta con espacio –si bien periférico– en un hospital dependiente de la SSP; pero desde el discurso profesional se lo describe como una organización de “*orden pragmático*”, y no es tenida en cuenta aún registrando las condiciones objetivas y subjetivas que limitan la eficacia curativa del discurso médico.

“*Sí, tienen una casita allí, en la cuadra del Hospital, pero yo no voy*”.
(Médico Hospital).

“*Están los evangelistas en la zona sur... pero ¿cuánto puede durar esto*”.
(Psicóloga, SSP).

Por sí solo, el *saber médico* mediado institucionalmente ha evidenciado –ante la propia complejidad del constructo “droga”– una recurrente ineficacia respecto a este tipo de problemas, debido a una serie de características que orientan tanto la interpretación como la acción. Pero dichas limitaciones se expresan con mayor transparencia ante padecimientos que no pueden definirse con precisión, diagnosticar “su causa” o posibilidades de tratamiento, aún con estrategias medicalizadoras.

5.7 – INCOHERENCIAS III: “CUANTIFICAR DESDE EL SECTOR SALUD”. LA “INVISIBILIDAD” DE LAS ADICCIONES EN LOS PROGRAMAS DE EPIDEMIOLOGÍA.

La problemática de las *adicciones* y las múltiples dimensiones de abordaje –psicológica, biológica, cultural, económica, para citar sólo a algunas–, imponen una aproximación interdisciplinaria y epidemiológica para el diseño de estrategias de SP. Pero en el contexto local relevado, la información se presentaba fragmentada, parcial, sin explicación de fuentes o paradigmas a los que respondían; introduciendo una multiplicidad de encuestas en sectores acotados con un determinado “perfil de riesgo”: relevamientos de primeros consumos en escuelas secundarias o medias, estudios que abarcan una sola sustancia relacionada con categoría de género (por ejemplo, en mujeres embarazadas), informes de la Dirección de farmacia de SSP respecto al

aumento de consumo de psicofármacos en un hospital público, a más de las partidas confiscadas anualmente de sustancias ilegales por parte de la policía.

“... los criterios técnicos de decisión, entre los cuales los criterios epidemiológicos serían los más importantes, desempeñan un papel más significativo cuando existe una adhesión verdadera, por parte de los que toman las decisiones, al objetivo de cambiar las condiciones de salud. Sin ese prerrequisito, es ilusorio pensar que la Epidemiología tendrá una repercusión importante en las decisiones”

Así, advierte E. Ingold¹⁵⁵, que el hecho de denominar al estudio sobre adicciones como una “epidemiología” no viene a simplificar las cosas, ya que esta disciplina es capaz de admitir varias definiciones y, sobre todo, incluye distintas miradas en las perspectivas de abordaje. En diversas publicaciones se advierte sobre las dificultades en Latinoamérica en la notificación aún cuando la información se recabe desde el sector Salud y no atendiendo a lineamientos desde la “carrera del paciente”, a los procesos de autocuidado y autoayuda de los propios usuarios.

La actitud de “negación” a la visibilidad de la problemática de adicciones por parte de los profesionales de la salud respondía, en algunos, al “rechazo” impreso en las representaciones sociales, que tomaba formas afectivas, connotaciones de orden moral o asignaciones delictivas, o entraban en una racionalización acerca de las *prioridades* en Salud Pública. Otros argumentos aludían a la vigencia de leyes que obligaban a la “*denuncia*” ante las autoridades policiales, diagnósticos muy poco claros, dificultad con los nomencladores vigentes en la SSP, o bien la banalización de posibles daños por el consumo de sustancias tales como el alcohol, tabaco o psicofármacos (consumo “*socialmente aceptado*” o por elecciones de “*estilo de vida*”).

J. C. Escudero¹⁵⁶, a propósito de las posibilidades de investigaciones epidemiológicas, señala: “Con respecto a la medición de la problemática del uso indebido de drogas, es necesario hacer el siguiente comentario: hay algunas drogas cuyo ‘uso indebido’ suele definirse

155 Ingold, E. en *Individuos bajo influencias*. Op. cit., p. 239.

156 Escudero J. C.: “Datos para medir el uso indebido de drogas”, Op. Cit.

cualitativamente. Basta que se compruebe el consumo de cualquier cantidad de heroína, cocaína o marihuana, no importa su insignificancia, para que su consumo sea habitualmente calificado de ‘indebido’. Para otras drogas (alcohol, tabaco, tranquilizantes) su uso suele considerarse ‘indebido’ cuando ha sobrepasado cuantitativamente cierto ‘umbral’, el cual a su vez ha sido definido médica o culturalmente. Se considera que la tendencia en el conocimiento acerca del uso indebido de drogas avanza de consideraciones ‘cualitativas’ a consideraciones ‘cuantitativas’”.

A. Escohotado, en la “Historia general de las drogas”¹⁵⁷, indica que se hace imposible desconocer los mecanismos de control social e hipocresía que ha rodeado al llamado “azote del siglo XX, que se sigue presentando como una cosa fortuita y de brumosos antecedentes”.

A modo de ejemplo citamos núcleos de información que utilizaron la misma unidad de análisis, un Hospital de Emergencias:

- a.] En un relevamiento realizado por el doctor J. C. Piola¹⁵⁸, a cargo de la atención toxicológica en el Hospital de Emergencias Municipal, se señalaba que estos servicios ofrecían un “método óptimo para garantizar una información adecuada a médicos y población en general”. Se analiza un total de 12.248 consultas por intoxicaciones atendidas en el “SERTOX” (Servicio de Toxicología) desde el mes de enero de 1999 a mayo 1999; y de 2.414 consultas tóxicas en Hospitales Municipales (desde mayo 1995 a mayo 1999). En esta investigación se identifican los motivos de consulta por “intoxicaciones” y sexo; la variable etaria se presenta en dos grupos: hasta 19 años y mayores de 20 años; y se especifica el tipo de intoxicaciones (intencional, accidental, medioambiental, profesional, intoxicación alimentaria, error de medicación, iatrogenia, entre otras).
- b.] Según el Boletín de Epidemiología de la Secretaría de Salud Pública¹⁵⁹, sobre la base de datos suministrados por el Parte

157 Escohotado A.: *Historia general de las drogas*, Vol. 1. *op. cit.* El autor ofrece además genealogías de sustancias y una bibliografía de constante actualidad.

158 Sertox.

159 *Boletín de Epidemiología*, Depto de Epidemiología, Secretaría de Salud Pública, N° 1, Rosario, Diciembre de 2000.

Epidemiológico (C-2) –con codificación de sustancias según la CIE-10 (Décima Clasificación Internacional de Enfermedades-OMS)– se informa de 337 casos notificados por intoxicaciones agudas atendidas en el Servicio de Guardia del Hospital de Emergencias, durante el segundo semestre de 1999 y el primer semestre del 2000.

Ya indicamos que a menor escala, pero conforme a un “nomenclador propio”, APS llevaba registros de consultas e intoxicaciones por sustancias psicoactivas. También en el Centro de Prevenciones en Adicciones se llevaba un registro de llamadas telefónicas –en general realizadas por familiares y en menor medida consumidores–, número de “Asesorías” realizadas en el mes. Durante un breve tiempo se había establecido una pequeña *esquela* de registro *de las derivaciones* hacia los propios efectores de Salud municipal, pero la experiencia no se sostuvo. Desde los trabajadores del CP, la investigación epidemiológica en los servicios de salud municipal se percibía como imprescindible para el diseño de estrategias de prevención, y como un elemento “objetivo” para demostrar e interesar a los profesionales médicos y psicólogos del resto de los servicios de salud de la SSP en la importancia creciente que estaba tomando la problemática de adicciones en Rosario.

Durante el año 1999 se habían realizado contactos con el Dr. Hugo Miguez, psicólogo y colaborador del equipo del Dr. Ricardo W. Grimson –ambos radicados en la ciudad de Buenos Aires, y con funciones ligadas al SEDRONAR–. La propuesta realizada por este equipo de Bs. As. al Centro de Prevención consistía en abrir “*ventanas epidemiológicas*” que recogieran información sobre “*uso indebido de drogas en las escuelas de Rosario*” para un “*monitoreo local*” y “*capacitación de preventores*”, en un paradigma diferente al de “reducción de daños”. La primera etapa fue caracterizada como de “sensibilización” de grupos e instituciones –educadores principalmente, personal de salud policía, voluntarios, etc.–, a través de la técnica de talleres. El obstáculo se presentó en cuanto se requería disponer *de por lo menos una computadora* en cada lugar donde se radicara dicha “ventana”. Si bien se realizó una reunión de los profesionales del CP con el equipo del Dr. Miguez de Bs. As, donde se expusieron los contenidos del Programa en cuestión, la propuesta fue rápidamente desechada:

“Bueno, se necesita computadora para cargar información, para procesarla pero debe haber un gran interés... una monjita, en el sur, está haciendo esta labor de registro en un cuadernito...”. (Psicóloga de Bs. As., colaboradora, en la reunión con profesionales del CP en Rosario).

La falta de infraestructura no permitió la adhesión al Programa; de estas reuniones, no se tiene registro de análisis de paradigmas o concepciones de abordaje. En una publicación prologada por el Dr. R. W. Grimson, se expresa: “En la búsqueda de un concepto que evitara las dificultades de términos como ‘enfermedad’ o ‘padecimiento’ la OMS aceptó hace un tiempo utilizar el término ‘trastorno’ para su Clasificación Internacional de las Enfermedades. Esto supuso colocar como objeto de estudio y tratamiento una amplia categoría que incluye todo comportamiento o grupo de síntomas (identificable clínicamente) que suelen acompañarse de malestar o interfieren con la actividad del individuo... En primer lugar, los trastornos reconocidos como consecuencia del uso indebido de una sustancia psicoactiva, tales como la intoxicación aguda, el consumo perjudicial y el síndrome de dependencia alcanzan un gradiente de población con una amplia variedad de conductas y de problemas”. Esta concepción contrasta sensiblemente con la caracterización, habitualmente utilizada, que remite al tema como “*adicciones*”. Un término que, como señala Marconi, se comenzó a usar a principios de 1900 como sinónimo de “la sed irresistible por la intoxicación”, y finalmente fue dejado en desuso por la OMS en 1964, cuando adoptó el de “dependencia”... Más allá de la discusión que corresponde acerca de que, según la persona y según la sustancia la dependencia tiene una probabilidad diferente de presentarse o no, lo cierto es que la percepción, si se focaliza exclusivamente en este punto, tiende a desviar el enfoque de los problemas relacionados con el abuso, tanto o más graves que los atribuidos a la “adicción”¹⁶⁰.

Finalmente, la dirección del CP y la de Departamento de Epidemiología realizan la presentación en forma conjunta de un Programa con el objetivo de iniciar un “Programa de Epidemiología

160 Miguez, H.: *Uso de sustancias psicoactivas*, Bs. As., Paidós, 1998.

de las Adicciones” (octubre/1998). Dicho documento se propone (ver en “Anexos” - subrayado nuestro): “... *mantener actualizado un nivel de diagnóstico del consumo de drogas que permita comprender en su magnitud los determinantes y sobredeterminantes que actúan en la complejidad del problema. Este Objetivo permitirá, a las autoridades y al Programa con los fundamentos para programar estratégicamente y modificarlas a la luz de la información*”. “... *es necesario sumar los esfuerzos de diferentes instituciones involucradas directa o indirectamente con la farmacodependencia, y más aún para crear un sistema de información que permita conocer las tendencias del consumo, el perfil de los usuarios y la introducción de nuevas drogas, así como las expresiones en los daños (morbilidad, mortalidad), todo esto con objeto de establecer un diagnóstico de situación que posibilite la formulación de políticas y la toma de decisiones en materia de prevención (promoción de la salud) y tratamiento*”.

Por otra parte, el Boletín del Departamento de Epidemiología decía que en la “*vigilancia epidemiológica*” de los Hospitales Municipales se consideraba prioritaria la participación de los servicios de Salud Mental, Guardia y Clínica. El CP direccionaba la atención e internación por drogas hacia las ONG donde encontraba mayor recepción, con la paradoja señalada de producir una derivación de lo público hacia lo privado. Asimismo, este Centro entregaba como información un listado de las ONG de la ciudad y asesoraba, en algunos casos, sobre la Dirección Provincial de Prevención y Asistencia de Adicciones, (de los servicios provinciales). Una profesional antropóloga había propuesto trabajar epidemiológicamente con las ONG, en el concurso público por cargos, realizado en la SSP, para esta temática con fecha de junio/1999. El jurado constituido por representantes del Centro de Prevención en Adicciones, el Departamento de Epidemiología, y un representante médico de instancias académicas de la Facultad de Medicina, asignó el puesto avalando la propuesta; de tal modo que se “reforzaba” para los profesionales del Centro la percepción de la importancia y supuesta continuidad de las líneas de trabajo en la problemática de adicciones dentro de la SSP. Aún restaba un año para el cierre del Centro y el proceso de “*distribución*” de sus profesionales.

a) Primer proyecto: una epidemiología desde el departamento de Epidemiología y el CP:

En la primera reunión de coordinación se encuentran presentes directores del Centro de Prevención, del Departamento de Epidemiología, se incluye por primera vez al Programa de Salud Mental y responsables de Programas de la SSP. Según registros estos funcionarios de la gestión prometían:

“Comenzaremos con nuestra deuda interna, haremos una Epidemiología de los adictos que están en nuestros hospitales de Día, nada de comenzar como un elefante en una bazar en este tema”... “nada de trabajar con las ONGs, pues terminan pidiendo subsidios”. (Bioquímica, funcionaria de la SSP).

En repetidas presentaciones del proyecto epidemiológico se toma conocimiento, junto a las directoras del CP y del Departamento de Epidemiología –autoras del Proyecto–, de que “*no hay adictos*” en los hospitales de Día municipales; de tal modo que las líneas de trabajo se dirigen hacia el registro de los “*motivos de consultas*” dentro de los servicios de la propia SSP.

Sin embargo, la investigación revelará las paradojas institucionales, las oscilaciones entre negaciones y afirmaciones, las elecciones y subordinaciones, las incoherencias ante la falta de asignación de poder legítimo desde la gestión de salud, las resistencias del saber médico ante problemáticas de gran representación social, y las dificultades de implantación de un nuevo Programa en el “Orden Institucional”. Con el agregado de que implementar una estrategia epidemiológica en adicciones –por las propias características del fenómeno a ser notificado– sumará implicancias específicas a la complejidad.

“El trabajo en salud pública es así, con compromiso personal en lo que crees, sólo la obstinación en lo que querés hacer, no busques respaldo de las autoridades si no está en su agenda”. (Estadística, investigador de SSP).

“La única manera que se tome en cuenta el tema de adicciones en esta SSP es tener números; si a los médicos no les das números el problema no existe”. (Psiquiatra, de SSP).

“La epidemiología es investigación, no es evaluación de gestión, pero muchos te niegan información y no sos bien recibida porque piensan que te estás metiendo con su servicio”. (Estadística, funcionaria de la SSP).

“Probá en los hospitales de Día de la SSP... vas a encontrar un diabético y una señora hipertensa”. (Estadística de la SSP).

El departamento de Epidemiología, que buscaba ahora conocer un registro sobre adicciones junto al Centro de Prevención, consistía en un espacio de centralización de la información epidemiológica de todos los servicios de la SSP. Semanalmente se recepcionaban –a través del parte epidemiológico denominado “C-2”– los registros por diagnósticos de los hospitales y, en menor medida, de los Centros de Salud dependientes de la SSP. Otro circuito de información lo constituía el Departamento de Bio-Estadísticas; los profesionales de las ciencias estadísticas de cada hospital y centros de salud dependían de la dirección de Estadísticas, pero también colaboraban con el Departamento de Epidemiología llenando formularios diferenciados entre un Programa y otro.

A su vez, otros Departamentos llevaban sus *propios registros con nomencladores particulares*: por ejemplo, en APS, o bien por iniciativa de algún Programa específico (ya se citó el registro de “Asesorías” en el CP, las encuestas que realizaba “Educación para la Salud” sobre tabaco), o el registro de “psicosis” que intentó realizar el Programa de Salud Mental, según registros de campo.

Aunque la ciudad está descentralizada en distritos, este proceso aún estaba pendiente en Salud, y se seguía centralizando la información general en el Departamento de Epidemiología. El registro indica que a los profesionales *“no les servía”* la devolución de información en un Boletín –con suerte al año de la notificación–, por lo cual operaban resistencias dentro de los propios servicios. La Directora del Departamento reconocía en las entrevistas que la descentralización

epidemiológica facilitaría una pronta respuesta a las necesidades de cada servicio.

“... no entiendo, registro para APS, registros para Depto. Estadísticas, para Departamento de Epidemiología ¿cuándo coordinan entre ellos?” (Médico de Guardia de Hospital de la SSP).

“Me la paso llenando planillas, una por cada Programa, pero luego vuelve tarde el análisis, no me sirve”. (Médico de hospital de la SSP).

“... el departamento de estadísticas también nos pide información, no puedo todo, tengo 6 ó 7 planillas cada día para llenar”. (Médico de hospital de la SSP).

“... cómo voy a notificar si un accidentado está drogado... lo comprometo, ya queda en su ficha, sí, sabemos que de los accidentes por consumo aumentan en la ciudad... pero si lo registro en su ficha médica, queda para siempre”... “sí, sé que en el Departamento de Epidemiología nos piden que registremos pero yo protejo al paciente... no asiento nada”. (Médico jefe de Hospital de la SSP).

“... llegan pacientes drogados, muchos los fines de semanas, pero los médicos no lo anotan en la guardia, se cayeron al piso y registran lesión en cráneo, o lesión en la muñeca, nunca el consumo, no hay costumbre”. (Directora de Hospital SSP).

“Muy bien, hagamos un programa de epidemiología, no sólo de adicciones, pero para todo el hospital, con resultados que podamos devolver en forma urgente a los profesionales médicos que tienen que llenar las planillas cada día. Si la información va al Departamento de Epidemiología de la SS, tenemos los resultados recién cuando saquen el boletín anual, no nos sirve”. (Director de hospital al presentarle la propuesta de epidemiología en adicciones).

El Programa de Epidemiología y del CP continuaba en sus lineamientos:

“La necesidad de poner en funcionamiento un instrumento común de investigación, en esta primera etapa, procurando un “marco de investigación” para la descripción estandarizada de la problemática nos lleva a proponer la notificación a través del Parte Epidemiológico (C-2), con la codificación establecida para estas entidades por la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades)”¹⁶¹.

La décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) se constituye como un manual diagnóstico en el que se definen y clasifican los trastornos “físicos, mentales y del comportamiento”. Una de sus secciones está dedicada exclusivamente a la identificación del uso, abuso y dependencia de las drogas psicoactivas –incluso el alcohol y las drogas de uso terapéutico–. Los diagnósticos respectivos se clasifican de acuerdo con un código que utiliza cinco cifras y en ellos se señala el grado de compromiso que la persona pueda tener con el alcohol, opiáceos, cannabis, hipnóticos, estimulantes, alucinógenos, disolventes volátiles o con varias sustancias a la vez. La CIE-10 –junto a los preceptos de la Organización Mundial de la Salud– pone énfasis especialmente en resaltar las consecuencias nocivas de la dependencia, al caracterizar la intoxicación aguda y el consumo perjudicial. El “Programa de Epidemiología en Adicciones” se inició con un equipo de profesionales del Centro de Prevención y un grupo perteneciente al Departamento de Epidemiología (se asignaron médicos, una pasante estudiante de medicina y una estudiante de estadística). Este grupo discutió posicionamientos teóricos elaborados por el CP y textos de formación médica –aportados desde los ámbitos de formación académica– como el “Manual de Psiquiatría” de R. Fahrner, con discursos en colisión, dado que sostiene:

“En cuanto a los trastornos de la personalidad que subyacen y/o preceden a la adicción los más comunes son:

- 1) crisis adolescentes normales o patológicas*
- 2) personalidades psicopáticas*
- 3) trastornos narcisistas de la personalidad*
- 4) trastornos fronterizos (borderline)*

161 Ver en *Boletín de Epidemiología*, diciembre 1999.

5) *Trastornos afectivos, neurosis graves, y psicosis (menos frecuente)*¹⁶².

Uno de los primeros acuerdos que logra este grupo se refleja en la Planilla “Cuadro de Codificación de Adicciones”, que es distribuida a todos los servicios de la SSP. Utilizando el código de la CIE-10 en relación a la clasificación de sustancias adictivas: Alcohol, Opiáceos, Anestésicos, Cannabis, Sedantes, Cocaína, Estimulantes, Alucinógenos, Tabaco, “disolventes volátiles”, “combinación de drogas”, hasta aquellas “sustancias que no generan dependencia” (Códigos F-10 a F-19 y F-55), se ubican los nombres “comerciales” o nombres de laboratorio de dichas sustancias.

En esta tarea específica colaboraba una psiquiatra de un Hospital, interesada en Epidemiología en adicciones.

“Es importante que los profesionales sepan a qué cuadro de la CIE-10 responde lo que recetan”. (Médico de la SSP).

“No todos conocen las drogas y la clasificación de la CIE-10, todos se guían más por las marcas de laboratorio”. (Psiquiatra de la SSP).

Este “Cuadro” se enviaba a todos los hospitales y centros de Salud, junto a una fotocopia de la CIE-10, algunos capítulos referidos a sustancia adictiva, y una invitación a registrar la problemática.

También se realizaban encuentros personales con jefes de servicios y de programas, y visitas a Centros de Salud con motivo de difundir la Ordenanza de 1998, presentar la propuesta epidemiológica del CP y del Departamento de Epidemiología. Participando de una reunión propuesta por la directora del Departamento de Bio-Estadísticas a los profesionales estadísticos de cada hospital, se presenta este Programa de Epidemiología en Adicciones. Son estos profesionales los que llevaban registros de “*motivos de consulta*”, y a la vez confeccionan el Parte Epidemiológico C-2 con destino al Departamento de Epidemiología. En su rutina diaria trabajaban con la CIE-9 por su pertenencia al Departamento de Bio-Estadística, mientras que la propuesta en análi-

162 Este “Cuadro” se publica también en el *Boletín del Departamento de Epidemiología* de la SSP en el año 1999 (Pág. 39).

sis para una Epidemiología en Adicciones respondía a la CIE-10. Esta situación requería de un tiempo de capacitación no previsto del nomenclador de la CIE-10, cuyo uso aún no estaba generalizado en la SSP, lo que obstaculizaría aún más las tareas (APS trabajaba con un nomenclador propio). Para completar la dispersión de información, en entrevistas al equipo de toxicología del Hospital de Emergencias, se presenta una propia codificación:

“No, a nosotros como equipo, nunca nos pidieron que notifiquemos nuestros registros están publicados en los congresos, inclusive los que organiza la propia SSP”. (Toxicólogo de la SSP).

Entrevistados los profesionales médicos acerca de las posibilidades de una Epidemiología en Adicciones en Salud Pública:

“Es imposible, no existe voluntad epidemiológica, no se hacen cursos de capacitación, no hay lineamientos desde la Dirección de Programas para impulsar esta tarea, a nadie le interesa ver la dimensión del problema”. (Médico SSP).

“No, nosotros no recibimos ninguna orden de APS para este programa de Epidemiología”. (Trabajadora Social de Centro de Salud).

“Yo coordino mis registros con el Programa de Infectología del Dr.XX, de Buenos Aires. Yo mismo me conseguí una computadora, gracias a un laboratorio, se imagina... aquí no, no pertenezco a ningún programa epidemiológico de ningún departamento”. (Médico clínico, atención de SIDA, Hospital de la SSP).

“Ha sucedido que las historias clínicas los médicos las guardan bajo llave, no notifican ni al propio hospital los motivos de consultas propios, hay casos que hubo que abrir sus cajones ante algún caso urgente, para reconocer la historia del paciente... así notificar por adicciones... no creo”. (Médica hospital de niños de la SSP).

Finalmente, el relevamiento continuaba centralizado en el Departamento de Epidemiología, con percepciones de sub-registro notable, aún cuando respondía a la rutina de notificación de los servicios, “... basado en la *teoría de la enfermedad*, que será siempre

propiedad del discurso de la clínica, por más que la epidemiología colabore en su construcción”¹⁶³.

“Los psicólogos en general no registramos nada, hubo una planillita de ‘psicosis’ pero duró poco tiempo”. (Psicóloga de hospital de niños).

Desde la Dirección del Departamento de Epidemiología se justificaba las características de esta etapa como de “sensibilización” y espera; se sugería a una de las coordinadoras de la propuesta de participar en cuanta reunión sea posible –dentro de los distintos servicios de la SSP– para la difusión:

“la labor epidemiológica es lenta, hay que estar en todos lados, cuesta trabajo la ‘sensibilización’ de los profesionales para que registren”. (Estadística, Coordinadora. de Epidemiología).

“... se debería ir al Hospital de niños, está el caso ese del chico de 8 años abandonado en Rioja y Mitre, seguirlo, ver cómo lo diagnostican, quedarse allí todo el día”. (Ibíd.)

“También hay que justificar el cargo, mientras avanza lo de adicciones... hay que hacer otras cosas”. (Estadística coordinadora de la SSP).

Esta “participación” en reuniones dentro de la SSP -que tenían como fin “sensibilizar” a los trabajadores de los servicios de salud respecto a registrar epidemiológicamente adicciones-, mostraban la heterogeneidad y dispersión de las tareas asumidas por parte del equipo:

- Programa de comité de SIDA en hospital de zona sur
- Reuniones de la red de violencia, en formación en la SSP
- Participación en los Comités Organizadores de Congresos de la SSP
- Inclusión en el comité Editorial de la Revista “Investigación en Salud”, de la SSP

163 Almeida Philo, N.: *Epidemiología sin números*, OPS, EE.UU. 1992.

- Evaluación de proyectos de investigación de equipos de salud de la SSP
- Visitas domiciliarias dentro del Proyecto de Evaluación de Práctica médica en Hospitales, auspiciado por UNICEF
- Charlas y actividades con el Promusida de la SSP
- Asesoramiento de encuesta sobre tabaquismo en embarazadas del Programa “Educación para la Salud”
- Reuniones conjuntas con el Programa Salud mental y Departamento de Epidemiología
- Participación en Talleres del Departamento de la Juventud, de la Secretaría de Promoción Social.
- Confecciones y colaboración con la campaña de LUSIDA
- Reunión con profesionales de estadísticas y de trabajo social de la Maternidad Martín, para construir planillas de registros de parturientas.
- Asesoramiento a un trabajo final de un profesional médico que había tomado un curso de epidemiología y su tema era “intoxicación alcohólica”.
- Análisis de cada una de las fichas médicas de un hospital de la zona norte para ver si referenciaban consumo de sustancias.

Sin embargo, en una publicación de amplia difusión como el Programa de Promoción y Desarrollo de la Investigación en Salud de la SSP se destaca desde febrero de 1997 la importancia de esta temática; en un Informe de este espacio de Investigación consta:

“El Programa de Prevención de Adicciones (PPA)/ahora CPI, con el que se realizó una sola entrevista en el mes de enero acordando con los lineamientos del Programa de Investigaciones permitió rescatar el interés por producir mayor conocimiento socio-epidemiológico sobre el problema de las adicciones como también para evaluar la eficacia y efectividad de las estrategias de intervención del PPA orientadas a la prevención de las adicciones”¹⁶⁴.

164 Informe del Programa de Promoción y Desarrollo de la Investigación en Salud, SSP.

La tarea fijada en el Programa antedicho se refería a la epidemiología en el sistema de salud como la “*vigilancia epidemiológica*” o, mejor aún, “*monitoreo estratégico*”, que implicaba no sólo la recolección de información sino una detección precoz de situaciones problemáticas de salud con el objetivo de adecuar los servicios para dar respuesta a las necesidades planteadas. Con fecha 22.6.01 se envía una comunicación interna a todos los hospitales, con firma de la Directora del Departamento de Epidemiología, con el objetivo de reforzar la notificación, divulgando programas de “*notificación de importancia epidemiológica; se cita junto a programas de hepatitis, desnutrición, SIDA-VIH:*”

“... destacamos que existe una ordenanza municipal de notificación de violencia familiar y adicciones para su monitoreo permanente”.

El sub-registro se constituyó en una preocupación para el equipo; según se informa en el “Boletín del Departamento de Epidemiología”, hasta 1999:

“... bajo el código E90 del C-2 se notifican las intoxicaciones por pesticidas, que contempla E90.1=clorados, E902=fosfatados, y E9030 otros tóxicos. La especificación de las sustancias consumidas permitió observar que gran parte de lo notificado como otros tóxicos eran sustancias adictivas (alcohol, cocaína, psicofármacos, pegamentos, etc.) o medicamentos que no generan dependencia (aspirina, antibióticos, anticonceptivos, etc...)”.

Sobre la base de “*intoxicaciones*” recogida en un Hospital de Emergencias (durante los semestres de 1998 y primer semestre de 1999) se exhibe un primer análisis –tomando un total de 489 casos encuadrados dentro de los capítulos F-10 a F-19 (trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas) y F55 (abuso de sustancias que no generan dependencia)–; según sexo y sustancias seleccionadas: el mayor registro se debe a consumo por sedantes, luego el alcohol, las sustancias mixtas, las sustancias no adictivas, y la cocaína. Se indica en el Boletín que:

“Esta problemática, al ser compleja, plantea la dificultad de la existencia de una diversidad de discursos y de registros de las disciplinas

de la salud, con preocupaciones y prácticas de investigación muy diferentes unas de otras, o bien con tradiciones propias de cada formación académica; esta multiplicidad, aunque enriquece la labor de investigación cotidiana, presenta los obstáculos propios de todo trabajo multidisciplinario”.

Según el Boletín de diciembre de 2000¹⁶⁵, los casos de *intoxicaciones* en el citado hospital fueron 337 (2º semestre de 1999 y 1º del 2000), por lo cual se dice en este Boletín:

“A partir de la iniciación de una ‘Epidemiología en Adicciones’ en el año 1999 por parte del Sistema Municipal de Epidemiología, con el objetivo de conocer la magnitud del problema de consumo de sustancias tóxicas en Rosario, se hace imprescindible la revisión constante de encuadres teóricos-conceptuales sobre los dispositivos para su clínica, dificultades en la forma de notificación, su epidemiología y la necesaria articulación con otras instituciones de la comunidad, en búsqueda de respuestas”.

Se discutía en el *Equipo* la posibilidad de instrumentar otras estrategias desde el mismo Departamento:

“Lo que debemos hacer es mostrar la historia de un caso para conocer el circuito de consumo. Hacer un análisis secuencial”.

“Hay que seguir el caso de este chico en la fuente del Patio de la Madera, que apareció muerto en el Diario, con la bolsita de pegamento en las manos”.

“... también se puede ir a la oficina de Medicina Forense, y tratar de ver las muertes por drogas”.

“En el hospital de emergencia estamos atendiendo un intoxicado por día, pero no se sigue si hubo derivación”.

Del registro de otros profesionales del equipo:

165 Boletín de la SSP, Municipalidad de Rosario, Febrero de 1997.

“En un mes en el hospital Zona Norte, hubo 84 motivos de consulta pero historias clínicas hechas son muy pocas, pues en la Guardia no se hacen historias clínicas”. (Médica de Hospital, ubicado en zona de confiterías bailables).

“La red de salud municipal no funciona en cuanto a registros, un joven de 17 años atendido por intoxicación de cocaína en la Guardia del hospital zona norte también había sido atendido muchas veces por estreptococos o pedir medicación de sedantes en el Centro de Salud de zona norte. No hay computadoras ni se centraliza la información”. (Estadística de Hospital de Emergencias).

En el verano de 1999-2000 se publican en los periódicos de Rosario dos casos graves de jóvenes, intoxicadas con un trago “Pitufo” (cóctel de bebidas alcohólicas, más piña colada), relacionándolos a la falta de inspección del consumo de alcohol en menores. La intoxicación y el estado de coma de las adolescentes, en un hospital de la SSP de zona norte, movilizaba a los medios de comunicación a obtener más información; el periodista Carlos del Frade, autor de varias investigaciones sobre el tema de drogas e invitado como panelista a las actividades realizadas por el CP, llamaba a los domicilios particulares de trabajadores de Epidemiología, en la medida que se le negaban sus presencias en los servicios de la SSP:

“La orden es no responder, ninguno de este grupo ofrece información de adicciones a los medios, esto lo hace la dirección, debemos ocultarnos si vienen los medios a buscarnos...” “...también me dijeron que si esto sigue así, habrá interpelación a la Secretaría en el Consejo Municipal, y habrá que ir a garantizar que se está haciendo algo en drogas”. (Estadística, en Gestión Central).

Cada noticia que “levantaban” los diarios respecto a episodios de consumo generaba preocupación en los profesionales del Departamento debido a la falta de una repuesta o “datos” sobre la problemática del consumo de drogas en Rosario.

“Ahora otra vez, tenemos el caso del médico que apareció muerto dentro de su auto, en la calle, con ampollas de morfina y una jeringa, ten-

dremos reclamamos periodísticos, se habían olvidado del chico que murió en el Patio de la Madera con la bolsita de Poxi pegada en la mano". (Estadística, departamento de Epidemiología, refiriéndose a nota en el diario "El Ciudadano" del 25-2-2000, ver en Anexos).

Así, las acciones de este Programa de Epidemiología en Adicciones buscaban el *"registro de la magnitud del consumo"*, pero las dificultades aumentaban a medida que se difundía la propuesta. Invalidaba la capacidad para intervenir con propuestas renovadoras el tabicamiento de los sistemas vigentes de notificación en los distintos sectores de salud pública, lo cual era un obstáculo a la operatoria escogida y se repetía la percepción de carencia de apoyo de la coordinación de Programas, responsable del planeamiento y la gestión de SSP.

Todo quedaba en el esfuerzo personal, en un "sistema de lealtades" de los profesionales, a veces en un rol subordinado a las alianzas políticas, en el campo de poder de la gestión de la salud pública. Asimismo, la dificultad de la categorización de los estadios hacia la "dependencia" que plantea la CIE-10, por ejemplo: *¿qué es abuso y cuáles son los indicadores?* Según "La Salud Mental en el Mundo"¹⁶⁶ es más fácil describir los parámetros y la magnitud del uso de las drogas, el alcohol y el tabaco que definir la naturaleza, extensión y consecuencias del abuso de sustancias. De esta manera, *¿dónde termina el uso y comienza el abuso?*

En el transcurso de la puesta en marcha de este Programa Epidemiológico, como se informó en capítulos anteriores, se había cerrado el CP, se trasladó a su directora (autora conjunta del Programa de Epidemiología) y se "distribuyó" al personal. Los registros en relación a la falta de respuesta a los pedidos de notificación de parte de los servicios se repetían:

"los servicios de salud nunca fueron informados de una epidemiología en adicciones". (Médico de guardia de Hospital SSP).

166 Informe del Programa de Promoción y Desarrollo de la Investigación en Salud, SSP, Municipalidad de Rosario. Febrero de 1997. Publicación de la OMS, *op. cit.* pp. 128.

“sería interesante, pero no sabía de este programa”. (Médico de guardia de hospital SSP).

“Yo estoy haciendo un curso de Epidemiología. Como tema elegí estudio sobre el alcohol, mi docente me sugirió coordinar con el Departamento de Epidemiología, en la Facultad es la misma docente; yo no sabía que había un programa, yo lo pensé por lo que veo en la Guardia”. (Médico de guardia de hospital SSP).

Analizando –con el personal estadístico y médicos del Depto. de Epidemiología– las pocas respuestas de registro de *motivos de consulta por adicciones*, se refería:

“No existen los adictos en SSP o no consultan”. (Médico del Depto. de Epidemiología de la SSP).

“Aquí se indica que sobre 31 casos hubo 11 nuevos para este año en todos los servicios de SSP, si hay escucha tiene que haber demanda...” (Antropóloga de la SSP).

“Asisten quienes aparentemente tienen contexto familiar o contención”. (Estadística del Depto. de Epidemiología SSP).

“Aquí falta publicidad... ¿los adictos conocen que existe una oferta de Atención?”. (Estadística del Depto. de Epidemiología SSP).

“... sobre 31 notificaciones en un año, sale que 23 tienen un consumo de más de tres años, es que son crónicos... ¿qué estamos haciendo con ellos?”. (Estadística del Depto. de Epidemiología SSP).

“... de 31 casos, sale un 58% que no se derivó, o falta la respuesta, qué hicieron en Salud Mental con ese 58%?”. (Estadística del Depto. de Epidemiología).

“... vemos de las fichas: la mayoría tiene secundario incompleto, 60% consume cocaína y 22% combinado, 74% hace más de tres años que consume, sólo acude un 13% a algún servicio, 54% tienen familia...”

Es poca respuesta en notificación, pero datos salen, hay que ver qué hace Salud Mental con esto". (Coordinadora Depto. de Epidemiología).

b) Epidemiología desde el Programa Salud Mental, en distintas etapas:

En los últimos veinte años se registran importantes cambios en la conceptualización de las drogas, mutaciones de modalidades de consumo, intervenciones posibles en prevención y atención al padecimiento desde una perspectiva de Salud Pública, inclusiva y de defensa de derechos humanos. Las estrategias de acercamiento a la población consumidora de drogas, difundidas a nivel nacional por la Organización "Intercambios" bajo la dirección de G. Touzé, planteaban el acercamiento a los usuarios: "En definitiva, las respuestas de Salud Pública deben situar sus acciones en relación con las realidades de los individuos, de la comunidad y sociopolíticas. En estos tres niveles se incluyen y se solapan aspectos tales como los estilos de vida individuales, la oferta de los servicios asistenciales, las normas de grupo, el entorno social amplio y los factores políticos y legislativos".

Desde una nueva propuesta de cuantificar "casos", a partir del 1º de mayo del 2000 se difunde, desde el Programa de Salud Mental, un instructivo para completar una nueva ficha de Epidemiología.

"Esta ficha debe ser llenada por los profesionales que integran el Servicio de Salud Mental de cada hospital. El objetivo es la notificación del consumo de sustancias vinculadas a la problemática de las adicciones".

En ella se distinguían los registros de pacientes "nuevos" (aquellos que consultaran a partir del 1/5/2000) de los en "seguimiento", "pacientes que ya están en tratamiento o hayan sido notificados por alguna otra ficha C- (formulario base del Dpto. de Epidemiología)". Y se agregaba:

"las fichas serán entregadas cada quince días en sobre cerrado al Departamento de Epidemiología de la SSP a nombre de la Licenciada XX, para su procesamiento y análisis y posterior devolución".

Como motivo de consulta se solicitaba referir *“textualmente lo que manifieste el paciente con relación a la problemática”*.

La ficha, junto al instructivo, era enviada a hospitales y Centros de salud; la propia directora del Programa de Salud Mental realizaba reuniones con profesionales psicólogos de hospitales, centros, etc., presentando la línea de trabajo e invitando a la notificación. Desde mayo del 2000 a mayo 2001, según informe de Salud Mental, las fichas de notificación recibidas para su análisis eran *apenas* 85, de las cuales 55 registraban consultas de usuarios y 30 consultas de familiares. Cabe aclarar que el mayor número registrado era en *“Asesorías”*, es decir, realizadas por los profesionales del ex-CP, que en el turno tarde trabajan en la oficina del Programa de Salud Mental. Sólo 19 fichas provenían de los 5 hospitales dependientes de la SSP, y sólo 2 fichas de los casi 50 centros de salud de la estructura de salud municipal.

“... no sabemos si es falta de sensibilización de los profesionales en este tema, o bien depende de la coordinación de las direcciones de los programas de la SSP”. (Estadística del Depto. de Epidemiología).

“... aquí hay dos ejes, uno epistemológico respecto a la temática de adicciones y otro político, respecto a qué acciones realizar”. (Estadística de Depto. de Epidemiología).

El sentido otorgado a esta falta de respuesta de *motivos de consulta* por adicciones se contradecía con el imaginario reinante de que *“cada vez hay más adictos”*. Las respuestas a los interrogantes giraban alrededor de que los adictos *“no consultan”* o bien que los psicólogos *“por tradición no anotan nada”*.

*“... ya hubo otras experiencias, pero en Salud Mental es imposible el registro, hubo una esquila de psicosis, después hubo una propuesta de dos psicólogas”*¹⁶⁷. (Psicóloga del Programa de Salud Mental).

167 Ver dicho instructivo en Anexos. Una de las propuestas se trata de “Epidemiología en Salud Mental: construcción de una normativa para el registro de las consultas de salud mental en los servicios de salud pública municipales de la ciudad de Rosario”.

La falta de respuestas también se refería a pujas, alianzas, conflictos con la nueva dirección del Programa de Salud Mental, por lo que *“notificar en adicciones era una manera de no responder a una iniciativa de la dirección”*. Respecto al subregistro de la problemática —se refería a problemas de conceptualización—: *¿era un diagnóstico o bien sólo un síntoma de una problemática de salud mental?*

“... no sabemos si hay problemáticas que pueden ser atendidas en un servicio público”. (Psicoanalista, Programa de Salud Mental).

Uno de los puntos más valorados desde la dirección del Programa se refería a la *“Indicación Terapéutica”*: ante la consulta del usuario o familiar se ofrecían distintas posibilidades: *“Tratamiento psicológico ambulatorio, farmacológico, Dispositivo de Día, Acompañante terapéutico”*. Y este, justamente, era el punto más incompleto en cuanto a respuestas en las pocas fichas obtenidas.

Nuevo Programa Integral de Asistencia y Prevención del uso de Drogas. SM y el PAUD:

El Programa de Epidemiología lanzado desde el Programa de Salud Mental no progresaba. Pidiendo un traslado desde un Hospital se incluye una psiquiatra, también integrante de un Centro de investigación sobre adicciones dependiente de la UNR. En julio de 1999 presentó a las autoridades del hospital un escrito de un *“proyecto para la creación del ‘Programa asistencial para las adicciones (PAD)’”* en un hospital de zona norte. Allí se dice: *“A través del cada vez más frecuente diálogo entre profesionales de Clínica y Salud Mental en torno a la fuerte demanda de estas patologías, nace la idea de armar y proponer un proyecto para un programa asistencial para adicciones en el marco del Hospital Público... El programa no prevé la incorporación de camas para internación sino que se conforma con un equipo de trabajo ambulatorio, a excepción de aquellos casos que, por su patología clínica en especial (SIDA, tuberculosis, etc.) lo requieran por indicación sobre el daño orgánico”* (ver en Anexos la ponencia de julio 1999).

Por entrevistas realizadas con esta profesional: *“Nunca tuve respuesta en el hospital ni en la SSP, yo quería ese cargo, el que se concursó para epidemiología, pedí que me redujeran las 30hs que tenía en atención*

en el hospital porque no aguantaba más pero me dejaron las 15hs, y las otras no sé dónde fueron". (Psiquiatra, Hospital).

"La realidad epidemiológica en adicciones en la ciudad demanda acciones que apunten hacia la reducción, por ejemplo, de uno de los medios más eficaces de transmisión del VIH, la utilización de drogas inyectables e intercambio de agujas y jeringas dentro del grupo de usuarios". (Psiquiatra, con numerosos artículos para Congresos).

Si bien la perspectiva de esta profesional era de "reducción de daños", no se producen modificaciones en la búsqueda de cuantificar una epidemiología en el Programa de Salud Mental. Nuevas inquietudes e interrogantes se trasladaban al personal auxiliar, pasantes, etc., respecto a la línea de coordinación a seguir y falta de respuesta a órdenes laborales. Es importante señalar que el Programa de Salud Mental no disponía de personal estadístico ni equipamiento de *hard* y *software* que requería la tarea emprendida.

"No, no sabemos si es jefe de programa de adicciones ahora, por ahora accedemos a lo que pide". (Estadística del Depto. de Epidemiología).

"No, no hubo ninguna reunión de las directoras de Epidemiología y Salud Mental para coordinar, no sabemos qué pasa con este nuevo profesional, pero está avalado desde más arriba, sólo para poner una cuña entre Salud Mental y Epidemiología". (estadística del depto. de epidemiología).

"Este tema de adicciones, es muy importante no se lo puede quedar solamente la directora de Epidemiología". (Médico. Programa de Salud Mental).

"la prevención generaba demandas... sin atención, no sirve para nada". (Médico. Programa de Salud Mental).

Nuevamente, el registro da cuenta de improntas personales o tutelajes tácitos, más que de una transversalidad programática en las acciones sobre adicciones. Este "nuevo" profesional –ahora desde una coordinación de gestión– asignaba nuevas tareas a colegas de otro departamento, hasta entonces dependientes de Epidemiología. Se asig-

naban nuevas estrategias de investigación “*sin discusión de viabilidad de las mismas, sin relevo de reales prácticas de atención a las adicciones, sin participación de las direcciones de los departamentos, los ‘informantes de campo’*”. El espontaneísmo, por un lado, y la desautorización a grupos de profesionales que habían analizado el tema hasta ese momento, por otro, hacen que la experiencia se agote en sí misma.

Sin embargo, continúan los registros de campo respecto a actividades públicas, jornadas y paneles con presencia de profesionales, con funciones de dirección de programas de departamentos en actividades que tomaban la problemática de adicciones. En agosto del 2000, por ejemplo, se organiza un panel sobre SIDA y Adicciones en el Banco Municipal y paneles sobre reducción de daños en Facultad de Medicina; jornadas con ONGs de la ciudad, invitados extranjeros, etc.

Los registros para el año 1999/2000 muestran dos niveles de la problemática de adicciones en la Salud Pública:

- Un nivel superestructural de las direcciones de SSP con cada vez mayor reconocimiento de la realidad acerca del uso de drogas, que requiere —al mismo tiempo— un nuevo enfoque de la Salud Pública. Aunque no explícito, aparece un crecimiento de la adhesión a las políticas o programas de reducción de daños que apuntan hacia la disminución de las consecuencias adversas para la salud y la sociedad como resultado de la utilización de drogas. Así, desde lo público la SSP se ubica en la defensa de los Derechos humanos, la salud pública y la reducción de daños como inextricablemente unidos.
- A nivel de la infraestructura, estas participaciones públicas no producían en las acciones de los profesionales de los servicios ningún impacto o cambio de atención. La incomunicación de este aparente “giro” era total, había un desconocimiento de las posibilidades de un nuevo enfoque y del sostenimiento de una posible gestión de drogas: no había una resignificación en los turnos, ni mayor presencia de profesionales PSI, continuaba el dispositivo de admisión que demoraba el ingreso de usuarios al sistema de salud; APS no participaba con la comunidad ni en cambios organizativos ni en la *medicina integrada, que no*

sólo está orientada hacia individuos sino hacia el contexto familiar y comunitario.

Ya en 1998 constaba en las publicaciones de la SSP que: *“En el caso de las adicciones, las diferencias aparecen entre los que tratan el tema desde el campo de la salud, los que son adictos, el público, la prensa o los políticos, sin que ni siquiera al interior de ninguno de estos campos se pueda pensar en una uniformidad de criterios”.* (Médico, Responsable de edición de la publicación “Adicciones, desafíos y abordajes”, Editado por la SSP, mayo 1998).

Otras “experiencias” de notificación en SSP:

Una experiencia presentada en el 8ª Congreso Municipal de Salud posibilitó conocer una investigación realizada con profesionales de la salud mental y médicos del Hospital de Niños Municipal, unidad que admite para su atención jóvenes de hasta 13 años de edad. La perspectiva de abordaje conceptual se refería al consumo de sustancias como “hábito”. Según la encuesta de registro de la Historia Clínica de “*adolescente temprano*”, en el capítulo “*Hábitos*” se pregunta por:

- *Sueño normal*
- *Trastorno del apetito*
- *Comidas por día*
- *Uso a) Personal B) Familiares c) amigos*
- *Edad de inicio*

Cigarrillos / Alcohol / Inhalación de pegamentos / Consumo de drogas

La encuesta cerraba con la pregunta: “¿Le han ofrecido algún tóxico?” (Registro documental 1999).

5.8 – DILEMAS TEÓRICOS E IDEOLOGÍAS ASISTENCIALES: ESTIGMAS Y EXCLUSIONES EN EL SABER TÉCNICO PROFESIONAL.

“Cuando un estigma entra en una institución, ésta lo recrea”.

Las profundas transformaciones socioeconómicas implementadas en los últimos años en nuestro país a partir de las políticas neoliberales y la crisis del 2001 especialmente, afectaron todas las respuestas y dispositivos del sector socio-sanitario. Los profesionales que desarrollaban su actividad en los servicios de salud pública —médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, antropólogos, comunicadores, educadores, etc.— fueron impactados por el abismo generado en la profundización de las desigualdades socio-económicas y las nuevas estrategias de supervivencia de los conjuntos sociales, el desvanecimiento de la capacidad reguladora del Estado, la reducción de los insumos y recursos, sobrecarga en la organización laboral y mayor presión y demanda¹⁶⁸ sobre los servicios de salud¹⁶⁹.

La “sensibilización” por la temática de *las adicciones* iniciada en la ciudad a partir de normativas que identificaban este fenómeno socio-cultural como un *problema de salud* desde el Honorable Concejo Deliberante, y la delegación a los servicios socio sanitarios, asumida por un equipo de un Centro de Prevención de la SP, quedó relegada en la *escala de prioridades* del sistema público. Se resquebrajó el imperativo de incorporar la temática a la formación de recursos humanos, construir espacios de debate interdisciplinario; mero *manifiesto técnico-ideológico* expresado en aisladas e insuficientes respuestas que encuadraban entre *compasión* y las *evidencias científicas*. Categorizado como “*enfermo*” o como “*síntoma social*”, el usuario de drogas perdía su anclaje a *ser asistible* como un sujeto del derecho y la ciudadanía.

168 Ver investigaciones realizadas por equipos de la propia SSP, respecto al stress asistencial en los servicios de salud: Camponovo Meier, O.; Morin, P.: “Síndrome de Burnout en el personal de salud de un hospital público de Rosario”. *Rev. Investigación en Salud*, SSP, 2000.

169 Dentro de la problemática Cf. Llobet, V. “Las instituciones para la infancia y la ciudadanía de niños y adolescentes”; Tróccolo, S.; Grande, S.; Bersaker, S.: “De ideologías y Prácticas”, ambos artículos en *Revista Investigación en Salud*, SSP, 1998; Bloj, A.; Grande, S.; Pullen, S.: “Desnutrición Infantil: Intervenciones en la subjetividad en el marco de la internación y del consultorio ambulatorio”. *Revista Investigación en Salud*, SSP, 1999.

Las limitaciones para producir una inter-saberes, nuevos abordajes teóricos y prácticos en el sector salud para la especificidad del tema “drogas”; siendo que existían estudios de más de veinte años en otros países; los rasgos estructurales del MMH; las transacciones entre la biomedicina y la autoatención, producían consecuencias omitidas en los procesos de s/e/a de la población toda, tales como la automedicación y el aislamiento y antagonismo entre los diversos modelos de atención a los padecimientos.

Los “curadores”, en la expresión de Menéndez, tienen un papel decisivo en la reorganización de la crisis de enfermedad y los “trastornos” del padecimiento, contribuyendo a la producción de sentido y saberes en el sujeto enfermo y en su grupo de pertenencia, aún cuando el acto clínico no implique necesariamente la curación del padecimiento. Incluso en problemas *inasibles* como *las adicciones*, los “expertos” del Sector Salud se apropian del campo a través de la “eficacia” que sus actos generan y la posición que ocupan como mediadores en el proceso de aflicción. En este contexto la ideología asistencial en los servicios de salud produce un conjunto de actos y reglas estables –como gestos rituales– a los que se somete el *asistido*, señala un itinerario para el paciente y su entorno. Se producen indefiniciones e incompetencias del servicio socio-sanitario, conflicto de intereses y ética profesional, momentos de hegemonía y subalternidades. En este contexto, los procesos institucionales (normas administrativas, rituales institucionales, ideologías, división técnica del trabajo, coyuntura institucional) actúan sobre las prácticas y representaciones profesionales, más allá del saber disciplinar construido por cada sujeto.

El saber médico en las adicciones:

El trabajo médico, no ya como quehacer científico, sino como una actividad profesional y técnica, está imbuido de concepciones e instrumentos que, parcialmente, devienen de la investigación biomédica, y se articulan con la experiencia clínica, con las “*costumbres ocupacionales*”¹⁷⁰ y con las condiciones institucionales para producir un saber profesional. Es un trabajo organizado en una rutina de

170 Freidson, R. citado por Menéndez en “De algunos alcoholismos...”, *op. cit.*

procesos laborales: una pauta contextual, articulación de una determinada relación médico-paciente, elaboración de un diagnóstico, una forma de comunicación del mismo, prescripción de un tratamiento con posibilidades o no de derivación, y la sustentación de criterios de curación.

“... en el Programa de SIDA quieren hacer reducción de daños, pero ellos porque andan con el SIDA, y con la Universidad, esa gente que anda pidiendo legalizar la marihuana, pero acá en los hospitales, si repartimos jeringas nos inundan los adictos en un año”. (Médico, Hospital zona sur).

La particularidad “especial” de la problemática bajo estudio, *las adicciones*, tenían “invisibles” las posibilidades de una contención y derivación eficaz. Si bien presente en casi todas las profesiones, en la profesión médica tomaba una tendencia estructurante, que remite a la concepción sobre intervenciones posibles en el problema: la indefinición conceptual, falta de *normalización* teórico-práctica que rodea al tema de las “drogas”, juego de modelos, imprecisión en su abordaje clínico, *existencia o no de un proceso psicopatológico previo al uso*, la poli causalidad del consumo, etc.

“Cuando escuchan a un adicto, un alcohólico o un toxicómano, no lo escuchan como adicto; no interesa la edad que tenga, escúchenlo como un niño triste o angustiado o con miedo. Tiene un dolor inconsciente, hay que trabajar sobre cuando sufrió una pérdida, un dolor crónico que se sepultó con el alcohol o con la droga...el adicto en esto tiene alguna connotación parecida al perverso”. (Médico, en Encuentro para docentes, organizado por el CP).

En el plano de lo social, las construcciones si bien tienden a homogeneizar discursos, muestran la complejidad de la dimensión colectiva de un comportamiento de “descontrol” que conlleva la pertenencia a un grupo de pares, “goce” individual o colectivo como estereotipos, con el consiguiente “estigma” de los sujetos del mundo del consumo. Son todas estas dimensiones las que imposibilitan la construcción inicial en una categoría diagnóstica.

Desde la literatura se rescatan discursos de aquéllos que han experimentado con las drogas¹⁷¹:

“¿Cómo comprender que una pasión pueda ‘adueñarse’ de un ser humano y levantarlo contra él mismo, para hacer de él un artífice de su propia decadencia?”. P. de Felice.

“Tensión y distensión, concentración y parálisis, comprensión y adormecimiento caracterizan la ambivalencia de la embriaguez y la conciencia de vivir que la acompaña”. E. Junger.

“¡Aquí estaba la felicidad! ¡Y sólo ocupaba el espacio de una cucharita!”
Baudelaire, a propósito del hachís.

Así, los registros de los profesionales aludían a cuestiones económico-sociales para explicar el crecimiento de las adicciones: *“la época en que se vive”*, *“si no hay trabajo, se drogan por que no tienen nada para hacer”*, por lo cual la presión se presentaba no sólo como *“causa”* sino también como mantenimiento de la adicción. Limitaciones que buscan el *“por qué”* cuando a veces funcionan los *“para qué”*. De allí que la potencialidad de cada profesional para intervenir con matices diferenciales expresará simultáneamente al sujeto y a las instituciones donde desarrolla su labor. No sólo los discursos, sino las respuestas y prácticas técnico-ideológicas, como conjunto de secuencias de acción, constituyen un sistema de expectativas de la intervención profesional. Conforman racionalización científica, saberes que configuran relaciones interpersonales y conductas sociales, relaciones que generan significados y condicionan la experiencia colectiva y modelizan formas de atención a la salud.

“Atender a los adictos es tener que hacer un poco de filosofía, tenés que hablarles y hablarles... y a veces no tenés tiempo”. (Médico de Centro de Salud).

“Si algunos casos de alcoholismo los atendés, les hablás. Pero luego empiezan de nuevo; requiere mucho tiempo; siempre viene la espo-

171 Las citas fueron tomadas de Ehremberg, A.: *“Individuos bajo influencias-Drogas, alcohóles, medicamentos psicotrópicos”*, Bs. As., Nueva Visión, 1994.

sa a hablarte primero, el tipo no vuelve...". (Médico de Centro de Salud).

"Hay psicólogos en salud pública... es un tema de ellos". (Médico de Centro de Salud).

"Sí, los curamos, vienen con el brazo con gangrena, los aconsejás y se van". (Médico de Centro de Salud).

En los registros de una intervención preventiva en una escuela de asentamiento étnico, decía un profesional:

"Fuimos, hablamos de las drogas, la directora y las maestras contentas... pero sábado y domingo no hay nada para hacer en este barrio, no hay kioscos, no hay clubes, ni canchas de fútbol... ¿qué hacen los chicos? Aparece uno que vende una raya de 'poxi' a un peso, el otro arma un grupo de 'fumo' en una esquina... Las madres piden a la directora que deje la escuela abierta para que los chicos se reúnan a escuchar música con un grabador, pero no quieren... A nosotros nos piden un profesor de gimnasia... ¿dónde lo consigo?" (Médico de la SSP).

Según la OMS: "Todo acto de beber es un síntoma de la cultura a la que se pertenece, la mayoría de los que beben son bebedores sintomáticos dentro de los marcos aceptados de su cultura. Algunos de los hábitos de la gente no sólo dañan la salud de la persona, sino que de una manera u otra, perjudican a su familia y sus vecinos. Muchos de estos hábitos perjudiciales se pueden dejar o evitar, pero el primer paso es entender el por qué"¹⁷². E. Menéndez dice: "La norma médica establece que toda enfermedad es tratable y que la mayoría de los padecimientos son curables. Los no curables en algún momento van a serlo después, ese es el objetivo de lo médico. Esta norma ideológica es aún más decisiva en la relación médico-paciente, en la cual domina una representación técnica de la curabilidad de prácticamente todo padecimiento. La eficacia comparativa constituye un rasgo estructural del MMH. Si bien el médico puede tener dudas sobre la cura de un padecimiento, la misma debe ser manejada ante el

172 Informe de la Organización Mundial de la Salud, de 1954.

paciente de tal manera que no cuestione la eficacia médica en términos comparativos”¹⁷³.

La “invisibilidad” de las adicciones omite la multicausalidad de ciertas situaciones, comenzando con la propia complejidad de la drogadependencia y la impotencia del saber médico para trabajar con ella. Si el discurso médico (MMH) está preparado para diagnosticar y actuar, estas estrategias estallan ante los cambios constantes que adquieren las formas de consumo, la relación de las drogas y la ambivalencia en la subjetividad, los significados culturales según las épocas, los distintos tipos de sustancias (de las plantas a sustancias sintéticas), la interiorización de la violencia social, etc. La drogadependencia se instala en las sociedades “modernas” como una de las figuras más enigmáticas.

“... ¿cómo incorporamos estos temas?: drogadicción, SIDA, accidentes. ¿Cómo logramos decir cuántos jóvenes y adolescentes se nos murieron este fin de semana?” (Médico panelista en Jornadas de la SSP).

Según los testimonios los muy pocos médicos que manifiestan atención a drogadependientes (apenas un profesional por unidad hospitalaria) lo hacían con gran esfuerzo personal y llenos de buenas intenciones. Se ubican como consejeros –*“hay que hablarle al alcohólico”*; *“con los adictos tenés que hacer filosofía”*, *“que te escuchen para que sepan que hay otro camino”*– y distinguen un orden de “la palabra” en la problemática de las adicciones o un anclaje en las cuestiones socioeconómicas en el consumo, pero sienten la impotencia ante la falta de “llegada” de sus mensajes, abandonando, en consecuencia, la estrategia de la palabra como promoción de la salud.

Participar como observadora del pedido de atención de un paciente usuario de drogas en un hospital, golpeando desesperadamente la puerta del consultorio de un Psiquiatra, y la entrega por parte del profesional *de tres o cuatro recetas de psicofármacos* como solución ante el *descontrol* planteado fue una de las instancias más violentas vividas en esta investigación.

173 Como trabajó en el proceso de “alcoholización”. Menéndez, E.: “De algunos...” *op. cit.* Pág 33.

“Sí, yo atiendo adictos... pero es muy duro, a veces prefiero atender a las madres, le doy un par de recetas para los hijos, y así tiran”. (Médico Psiquiatra, Hospital).

“Yo los escucho pero es muy triste como profesional sentís que no puedes hacer mucho, que nada ayuda para que salgan”. (Médico Psiquiatra, Hospital).

“Todos me lo mandan a mí, yo hace mucho que me intereso por los adictos, empecé con alcohólicos”. (Médica Psiquiatra, renunció a su cargo en el año 2000).

De tal modo que la recuperación de la palabra del propio paciente implica un tiempo y un espacio. Hay que contar con ciertas habilidades técnicas para el recupero de la racionalidad subjetiva y sociocultural que impulsa a las adicciones. De lo que se trata es de que es buena la recuperación de un *“dejar hablar”*, pero un hablar del propio paciente, que no siempre está previsto o es posible en tiempo y espacio en la práctica médica clínica.

Sucede que la ideología y la práctica médica dificultan e imposibilitan –aún en profesionales interesados “humanamente”– el acercamiento cuando el sujeto o paciente adicto se niega tanto a la intervención profesional, como a la conversión de su comportamiento en enfermedad, y *“no reconociendo su problema”*, *“mente”*; es decir cuando la posibilidad de establecer una relación terapéutica positiva con el médico aparece imposibilitada por los prejuicios de irresponsabilidad, no-colaboración y ocultamientos de la situación que se tiene del drogadependiente.

“Sólo vienen cuando están reventados, o vienen sus madres y ellos no; así no podés trabajar, porque cuando vienen ya es tarde”. (Médico, Hospital).

“El odontólogo te puede contar de los adictos, él está haciendo un estudio, yo sólo les hablo”. (Médico, Hospital).

El *saber* sobre la problemática de las adicciones está atravesado por la construcción social sobre las “drogas”, los mecanismos involucrados

en el proceso salud-enfermedad-atención, las estrategias de auto atención propias de las adicciones, y el manejo técnico de las racionalidades subjetivas y colectivas que emergen en la relación médico-paciente.

Justamente en las *adicciones*, esta ecuación médico-paciente *estalla* y pone en juego “la institución” y el “equipo de salud” (en cuanto a la relación médica), y los “conjuntos sociales” representados en el “paciente”. Porque, en realidad, lo que se pone en juego en la drogadependencia es una cuestión colectiva: equipo de salud-conjunto social.

“... El adicto en esto tiene alguna connotación parecida al perverso. Hay ciertos rasgos perversos en el adicto, no sólo en la conducta delictiva sino en lo que sería la estructura, que haría que las leyes del placer estén elevadas en el ámbito de la divinidad, en el ámbito de ese Dios oscuro, del goce del otro”. (Medico psiquiatra, del Programa SM).

Mientras que el saber médico tiende a enfatizar las características que estructuran y confirmar sus representaciones de auto-identificación profesional, el tipo de intervención individual está regulado por una serie de normas administrativas, de rituales institucionales y de ideologías técnicas que imponen una forma de operar. Por otra parte, los procesos constitutivos del saber médico propios de la biomedicina expulsan la historicidad, y no se asume concientemente que operan necesariamente no sólo procesos técnicos sino también sociales, ya no procesos secundarios o aleatorios, sino constituyentes de este trabajo. Dice Menéndez, analizando el fenómeno del alcoholismo en México: “El trabajo de los trabajadores de la salud, supone la adquisición de habilidades técnicas que cada profesional aplica según las características personales, la capacitación obtenida y las condiciones institucionales dentro de las cuales opera.” ..“Los médicos sobre todo, tienden a definir su actividad no como trabajo, sino como práctica profesional y técnica ligada directamente con la producción de conocimiento científico. Ambas representaciones tienden a reducir la importancia de los factores institucionales en todo el proceso de formación y de trabajo del médico, lo que conduce a construir una identificación profesional que tiende a negar las consecuencias de los condicionantes institucionales sobre sus representaciones y prácticas técnicas. Dentro de estas

formas homogeneizantes cada sujeto expresa su particularidad; para nosotros la cuestión no radica en negarla, sino en incluirla dentro de la estructura de prácticas y representaciones que instituye y constituye un determinado saber que orienta la actividad particular. Ésta varía según la coyuntura institucional, la división técnica del trabajo, etc., pero estas y otras condiciones refuerzan la necesidad de observar y describir el saber médico en términos de estructuraciones que operan a nivel de grupo o de institución”.

Las adicciones desde el saber de los profesionales de la salud mental.

Desde la década del 60¹⁷⁴, en el ámbito internacional se desarrollaron, desde la perspectiva de Salud Mental, una serie de experiencias prácticas y de análisis teóricos que cuestionaron el proceso de psiquiatrización en salud y enfermedad, las funciones de estigmatización y de control desempeñadas intencionalmente o no. La construcción social del problema “drogas” delimita un campo conflictivo entre las representaciones y las prácticas de salud; aquéllas que se conjugaban con un *habitus* insitucional, e impregnaban ideologías asistenciales.

Los casos puntuales recogidos en el trabajo de campo, en aquellos profesionales que recibían pacientes con uso problemático, denotaban una perspectiva clínica, pero sin posibilidades de articulación interdisciplinaria ni perspectiva de APS. La modalidad del SIES (servicio de ambulancia municipal) integraba un médico de SP, más un agente policial ante un llamado de “*violencia en barrios*” con “*intervención judicial*”.

“... Uno de los obstáculos reside en encontrar criterios y estrategias en común que permitan aprovechar los recursos existentes y movilizar la participación, generando mayor toma de conciencia en relación a la responsabilidad...”. (Documento de SM)¹⁷⁵.

“... como dice J. Miller el goce toxicómano no pasa por el otro sexual ni por el falo del partenaire, el descontrol del toxicómano ya no es por fue-

174 Menéndez, E.: “De algunos alcoholismos...”, *op. cit.*

175 Registro documental de publicación en “Adicciones” de la SSP. Pág. 173.

ra de la función paterna es por fuera del falo” “la elección del narcótico no deja fuera del sexo”. (Psicoanalista, Programa de SM).

Junto a la indefinición conceptual, el trabajo de los psicólogos soportaba una gran presión laboral por falta de infraestructura para este tipo de pacientes, espacios de derivación, carencia de aportes de la coordinación del Programa de Salud Mental, ausencia de supervisores y lugares de derivación en caso que el paciente requiriera internación, y el camino difícil de las “becas” si no tiene recursos para rehabilitación u obra social que reconociera la problemática.

“¿Qué sabemos de los pacientes? debe haber una característica: consultan y luego no vienen más. ¿Son pacientes duales?... ¿En la ciudad hay adictos severos? La pregunta es por qué nos consultan los adictos a Salud Pública”. (Psicoanalista, una de las coordinadoras del Programa de Salud Menta SSP).

“yo había intentado ‘hacer teatro con adictos’, no tenía materiales, para conseguir unos fibrones era un martirio, la terapeuta ocupacional se cansó, estaba ad honorem mientras estudiaba, se recibió y siguió igual. Además fui ‘invitado’ a trabajar como un profesional más de la salud mental, anulando la posibilidad de la especialidad en adicciones, por lo cual atendiendo tanto trastornos alimentarios, neurosis, depresiones, lo que sea”. (Psicólogo, director de teatro, Registro en Hospital zona norte).

“Sabemos la valoración moral del adicto, es lo que circula en los servicios, es loco, es adicto porque se la buscó, deambula y jode internémoslo porque roba... pero ¿dónde?” (Psicoanalista, programa SM).

En hospitales y Centros de Salud se trabajaba preferentemente de mañana – “cuando los adictos duermen” – y no existía personal capacitado en las guardias de fines de semana. A pesar de que el Programa de Salud Mental incluía un Programa de Adicciones.

En un documento de trabajo de los profesionales de Salud Mental:

“A los efectos de construir una estrategia para el nivel de atención primaria, no sólo correcta sino —y fundamentalmente— viable, es necesario tomar como base la realidad de las situaciones locales y entrecruzarlas con las de los otros niveles de atención. Esto implica poder articular el qué puede saber uno (capacidad de resolución del efector), con qué se espera de cada uno (perfiles decididos desde el Programa para cada nivel)”.

“El profesional que desarrolla su práctica en APS tiene pertenencia a dos instancias directivas del sistema de organización de la Secretaría de Salud Pública. Estas instancias presentan objetivos y estrategias que a veces convergen y otras divergen”.

Desde APS, la realización del ideal del trabajo en equipo, recae fundamentalmente sobre el psicólogo, considerado como el profesional que cuenta con las herramientas eficaces para propiciar la constitución del mismo, como condición necesaria para viabilizar las estrategias de trabajo...”.

Desde el Programa de Salud Mental se promueve la reflexión que intenta cernir el alcance de nuestro núcleo profesional, en el intento de priorizar el acceso a la consulta de todos aquellos que lo soliciten... En este sentido es necesario poder avanzar en definir las prioridades del nivel de atención y la especificidad de la intervención del profesional. “... el riesgo es perder la especificidad y perfil de su función, al mismo tiempo que lo deja rápidamente sin capacidad de respuesta. Dicha limitación tiene como consecuencia, que las situaciones de extrema criticidad que padece el sector de los excluidos, y que no llegan como pedidos y/o demandas del Centro de Salud, queden por fuera del campo de intervención reproduciendo de este modo el efecto segregacionista”. “Partiendo de considerar que toda demanda es legítima y atendible, la situación planteada, exige considerar las prioridades que cada nivel de complejidad del sistema de salud, debe atender como intransferible”¹⁷⁶.

176 Documento de trabajo de los psicólogos de la SSP titulado: “Documento para la discusión en la Plenaria del Programa de Salud Mental. Notas para la práctica en APS”, del año 2000.

Se seleccionaron algunos registros de las reuniones entre los profesionales del ex-CP, los psicólogos del Programa de Salud Mental de la SSP, y la coordinación profesional con orientación psicoanalítica, respecto a sentidos y saberes acerca del usuario de drogas, de las posibilidades de tratamiento psicoterapéutico, que interpretamos como un “rito de pasaje” donde se juegan elementos de interacción, relaciones interpersonales y posibilidades del “sistema de cuidado”, en un contexto de políticas de salud. Saberes y prácticas que se entrelazan en un mundo de normativas y valoraciones, con fuerte impronta del modelo psico-social de atención al drogadependiente.

“... sabemos que en los barrios hay una provocación pasiva de parte de los jóvenes consumidores”. (Psicoanalista, funcionaria de SM).

“... es una relación sujeto y objeto que produce una estructura intersubjetiva”. (Psicóloga, programa SM).

“... es distinto el consumidor que el toxicómano; hay una estructura individual, pero también social, la falta de lazo social y la promoción de la conducta autista”. (Psicólogo, programa SM).

“La idea es que se ‘distribuyan’ los profesionales que estaban en el Centro de Prevención hacia los hospitales, que no haya especializaciones en adicciones. Sí, yo sé lo de la Ordenanza, parte de ese borrador se hizo en mi casa en esa época. Pero los concejales no mandan en SM”. (Ídem).

“Se pueden incluir en algún grupo de trabajo, de ruptura de lazos, en grupos vulnerables; como equipo el ex CP deben analizar la marginalidad que tenían, el trabajo hecho es pequeño, como equipo del tema, hay que potenciar la respuesta de los servicios en general. Que no quede al esfuerzo personal de cada profesional como ahora”. (Psicoanalista, programa SM).

“... ¿tabaco no es una adicción del mismo rango que drogas ilegales? En estas últimas hay pérdida de conciencia, efecto psicopatológico si incluimos todo tendríamos también que atender a los bulímicos”. (Psicólogo, Hospital).

“... no vamos a tomar tabaco epidemiológicamente, acordemos en ello, tampoco estamos buscando el ‘uso lúdico’ de la marihuana recreativa”. (Psicoanalista, programa SM).

“El Hospital de Zona Norte puede ser un buen dispositivo grupal nadie dice que es fácil trabajar con adictos, ni con sicóticos”. (Psicólogo, SM).

“Hay una heterogeneidad, circula mucho la problemática adictiva en nuestros servicios. Bueno está el dispositivo de Día, sabemos que no es sólo para adictos, claro, tenemos también dispositivos heterogéneos para motivos de consulta sin diagnóstico”. (Psicóloga, Hospital).

“... hay que ver lo de la recuperación, esta ONG, qué hacen con el producto que fabrican, si podría incorporarse al circuito de insumos en salud”. (Ídem).

“Hay una semejanza con el tratamiento en niños trabajar el hecho como movilizador, las coordenadas que se pueden desplegar. Los motivos de consulta no pueden terminar con un ‘papelito’ que daba el CP como derivación, la demanda se va construyendo”. (Ídem).

“... relevar lo que viene como pedido específico, ya sea el motivo de consulta o no; la presentación joica, si hay peleas con el marido pero es anoréxica... hay que ver”. (Psicoanalista, Centro de Salud).

“... es una manifestación del modo de anudamiento de estructuras, de allí las distintas estrategias a implementar. Por ejemplo, hoy se ve en la TV. decir: soy adicto, y el sopapo no es la respuesta”. (Psicólogo, Hospital).

“El consumo de drogas está apoyado por la función paterna. Analizar la caída de la función paterna caída del significante amplio”. (Ídem).

“... se trata de plantear una serie de dispositivos que puedan dar respuesta a la problemática de adicciones, pero no tomando exclusivamente esta problemática. Los talleres del Hospital de Día,... agrupan variadas problemáticas, no agrupándose el trabajo en función de patologías

sino en función de las posibilidades de hacer –con-otros de determinados pacientes, correspondiendo a distintos problemas. (Psicóloga Hospital de Zona Norte).

“La adicción es un modo de relación entre un sujeto y un objeto; produce una estructura intersubjetiva; hay una estructura individual, hay una promoción de la conducta autista”. (Psicóloga, directora de departamento SSP).

Para esta investigación sobre el tema de las “drogas” se analizó la construcción del “adicto” como un sujeto “*inasible como enfermo*” desde el discurso médico, y de “*gran conflictividad*” para el discurso psicológico, en relación de “transacciones” en la SSP. Si bien ninguna lógica –ya sea médica, legislativa, social o societaria– ha podido imponer durablemente su hegemonía en esta temática por sí sola. De tal modo que la incorporación de esta problemática al ámbito de la salud pública requeriría la no sectorización del problema, y la búsqueda de respuestas e intervención con participación de la población usuaria de drogas en el diseño y concepción de acciones, desde una concepción no estigmatizante y que prevenga la exclusión.

Parafraseando a P. Bourdieu, hacemos referencia a que los saberes y prácticas profesionales del ámbito de la salud actúan como agentes que “producen y reproducen discursos a veces como un producto de compromiso entre intereses expresivos” y otras, como parte de una “censura instituida por la estructura misma del campo en la cual se produce y circula el discurso”¹⁷⁷.

Asimismo, para cerrar este capítulo, cabe recordar a S. Margulies, antropóloga, investigadora en la ciudad de Bs. As. y panelista en el 8^a Congreso de Salud Municipal de la SSP: “las alternativas concretas de los procesos de atención parecen depender de temas de la trama azarosa de transacciones entre los distintos actores (pacientes, médicos, enfermeros, administrativos, pequeños comerciantes, cada uno de los actores que intervienen en el mundo del hospital público), que de esquemas organizativos estandarizados por más que estos estén planeados y por más que esté planteado en su puesta en vigor, y que las

177 Bourdieu, P., *op. cit.*

respuestas médico hospitalarias tienden a fragmentar el proceso de la demanda convirtiendo al consumo de servicios en una odisea, una especie de carrera de obstáculos que contribuye a desalentar por un lado o bien a ubicar a los sujetos sociales en un rol de actores que pujan en esa trama, con presentaciones que expresan su suspicacia frente a un eventual juego de engaños”¹⁷⁸.

178 Margulis, S., en Conferencia, *op. cit.*

- CAPÍTULO 6 -

APUNTES FINALES PARA UNA INCONCLUSIVIDAD

El enfoque planteado jerarquizó la “documentación” de situaciones, de relaciones vividas y significadas por los sujetos de la investigación –los profesionales de la salud– a los efectos de comprender los modelos de atención al usuario de drogas, y las vicisitudes y estrategias del *“Programa de Prevención en Adicciones”* de la SP Municipal, desde el sector Salud.

Con mediaciones conceptuales, se buscó analizar el entramado de aspectos socio-culturales de este particular campo de abordaje de las adicciones en el ámbito de la salud pública municipal, atravesadas por dimensiones históricas, políticas y económicas en constante mutación.

Los ejes “indiciarios” de esta investigación consideraban:

- a.] la construcción social sobre “las drogas” junto a las consecuencias negativas de las “regulaciones” prohibicionistas intervienen en la elaboración de los saberes científicos-técnicos de los profesionales (funcionarios y trabajadores) de la salud;
- b.] la indeterminación conceptual propia de la drogadependencia impacta en la racionalidad técnica médica y de las disciplinas subordinadas a esta lógica. Esta situación obtura la generación de modelos de prevención y atención desde una perspectiva de APS, incluyendo un abordaje inter-sectorial, afecta la organización de los servicios, dificulta la posibilidad de la investigación epidemiológica e inhibe la instrumentalización de estrategias de auto-cuidado y de acercamiento a usuarios de drogas;
- c.] los estereotipos y la institucionalidad de la biomedicina en términos de relaciones de hegemonía/subalternidad (MMH) colaboran con el silenciamiento en los procesos de salud/

enfermedad/atención respecto a las adicciones, ignoran organizaciones comunitarias de protección y auto-cuidado y profundizan la exclusión y la estigmatización de los usuarios de drogas dentro de una “cultura de la mortificación”.

Desde una perspectiva antropológica, la construcción social sobre percepciones y categorizaciones sobre salud guarda una estrecha y tensa relación con los saberes y prácticas técnicas constituidas en los grupos y la acción de los profesionales; es decir, en el “ritual de enfermación-atención-curación (e-a-c)”, fundamentalmente en la profesión médica.

En el “espacio social” las construcciones sociales son producto de complejas formulaciones, interacciones, normatividades y valoraciones organizadas en matrices de interpretación; destinadas a designar formas de “distinción”, pueden constituirse en fuentes de represión como resguardo a una supuesta peligrosidad del sistema. Elaboradas por parte de ciertos actores y grupos en una determinada estructura de poder, en un juego de “transacciones” de hegemonía/subalternidad, se refieren a conductas categorizadas bajo el rótulo de “enfermas”, “desviadas”¹⁷⁹ o “anormales”. En tanto estas definiciones reciben un significativo apoyo social, ese poder se constituye en autoridad para el control social, investido en una institución dominante.

En razón de que el tema de este texto se vincula con los profesionales de la salud, ha sido importante considerar el rol hegemónico que ha jugado la profesión médica como autoridad para definir problemas, comprensible en el desarrollo histórico del status adquirido en lo social por esta disciplina, producto de una pericia y política médica históricamente construida. Este poder se hace visible en el complejo proceso de adjudicación de sentidos, por ejemplo, respecto al pasaje de la “maldad” a la “enfermedad”, en las formas de designar y concebir la “desviación”.

Pero por otra parte, la circularidad presente en la cultura, se refleja en el desplazamiento de categorías sociales a los campos técni-

179 Utilizamos “desviación” en su sentido técnico, en términos socio-antropológicos, para referirnos a las conductas condenadas, “inapropiadas”, significadas negativamente; desde lo social puede incluir una perspectiva moral, entendiendo por moralidad la aplicación de las cambiantes nociones de “correcto” e “incorrecto”.

co-ideológicos y disciplinarios –médicos, jurídicos y hasta políticos–, expresadas en términos tan vagos como “droga” o “drogadictos”; adjudicación de nombres que subsumen conceptos y denotan en la actualidad resonancias satanizadas y estigmatizadas.

Definir un “problema” y ubicarlo bajo la esfera del control social se logra por medio de la constitución de un “campo”, en el sentido que le da P. Bourdieu. Este espacio de juego de relaciones de fuerzas y de competencias, en el fenómeno de la construcción social de la drogadependencia, ha necesitado de la “complicidad” de otras instituciones, entre ellas, los medios de comunicación, a través de colaboradores o “expertos”, con capacidad para influenciar más o menos intensamente según su posición en este campo.

Este autor indicaba que muy pocas veces los periodistas, por ejemplo, se adjudican el rol “modesto y eficaz de ser meros intermediadores entre el campo científico y el público”¹⁸⁰ ante la limitación que presenta el lenguaje de los investigadores para difundir sus perspectivas al gran público –limitación que a veces opera como protección–; esta situación hace que muy poca información “erudita” llegue a cada funcionario, agente de salud o de seguridad, docente, padres o incluso adolescentes.

Así, las representaciones sociales no son sólo un conjunto de esquemas cognitivos o saberes, presentes en la “ecología social”, sino también alocuciones públicas, actuaciones asociadas a ellas, que reflejan posicionamientos de un colectivo o grupo social sobre un fenómeno y operan como teorías implícitas. Estas construcciones sociales se refieren al consumo de sustancias tóxicas a partir de “valores”, ubicando “causas y efectos”, con más “cómo” que “para qué”¹⁸¹ de estas conductas, estructurando patrones de interacción, conductas diferenciadas y otorgando una determinada posición social a los sujetos involucrados, cuya existencia se plantea como reconocible y y posible ser validada públicamente.

180 Bourdieu, P., en reportaje diario “Calrín”, 17/05/1998.

181 Como bien indicaba M. Taussing, *op. cit.*

El juego de normativas y la falta de respuestas intersectoriales.

Uno de los ejes de indagación abordó las valoraciones y conocimientos de los profesionales sobre las normativas municipales y las disposiciones de la propia SSP, entre ellas las narraciones sobre el desconocimiento de la *Ordenanza N° 6536* del Honorable Concejo Municipal, de fecha 2 de abril de 1998, respecto a: *“crear en el ámbito de la ciudad el Programa Integral de Atención y Prevención de Adicciones”*.

Desde esta normativa se esperaba *“dar una respuesta integral desde el sector salud, incorporando el dispositivo sanitario global en los diferentes niveles prevención, asistencia, rehabilitación e inserción laboral protegida”*. ... *“brindando capacitación permanente a los profesionales para su perfeccionamiento en la temática involucrada”*, creando *“... un Consejo Asesor Consultivo como espacio de discusión permanente sobre las distintas teorías admitidas sobre la problemática”*, entre otros puntos.

Sin embargo, el poder político de la ciudad no generó estrategias de difusión ni búsqueda de consenso para la disposición sancionada entre los propios trabajadores de la salud¹⁸², colegios científicos y entidades de la ciudad. Consenso que no involucraba sólo una simple cuestión ética o una preocupación exclusivamente teórica, sino que jerarquizaba, “normalizaba” en formas institucionales, el tratamiento de una problemática: la prevención, atención y rehabilitación del usuario de drogas como un tema de salud pública.

Consenso como recurso imprescindible si se buscaban nuevas premisas por agotamiento de aquellas que no fueron eficaces bajo determinados contextos, instancias de negociación para lograr reformas, buscando imponer nuevas reglas de juego para el cumplimiento de valores y expectativas sociales vinculadas a la salud y el bienestar de la población.

182 Contrasta esta ausencia de búsqueda de legitimidad con la experiencia de sanción de la Constitución de la Ciudad de Bs. As. que incluye una ley de salud (no sólo la salud física sino la mental), con énfasis en la salud colectiva como responsabilidad del Estado; los mecanismos utilizados apuntaron el aval y firma de un documento por parte de los profesionales trabajadores de la salud.

Sin que haya sido tema específico de esta investigación la gobernabilidad imperante, la dimensión política nos llevó a interpretar el “divorcio” respecto a las acciones, entre el Ejecutivo y el Legislativo municipal; éste afectó la capacidad de gestión y la posibilidad de acuerdo y consolidación de esos consensos, garantizando la estabilidad en el tiempo de sus premisas, recursos de financiamiento para capacitación, infraestructura e información comunitaria, imprescindible ante un cambio de relaciones en la vida social, entre ellas las prácticas vinculadas a la salud/enfermedad/atención.

El sistema de atención médica no puede resolver por sí mismo las desigualdades en salud, ni el acceso a los servicios puede garantizar “*ipso facto*” la protección o la calidad global de los cuidados requeridos. Mucho menos en la multidimensionalidad que implican las adicciones. Sólo un debate de políticas de salud y de política social puede realmente lograr un Programa intersectorial que abarque la distribución de recursos, la capacitación, la infraestructura de atención, el trabajo en redes y, sobre todo, el involucramiento de la gestión y de los equipos de trabajadores en los servicios.

Por otra parte, de haberse constituido en hegemónica esta construcción social de referir el tema de “adicciones” al sistema de salud pública, por lo menos hubiese producido una inscripción diferente a la usual de la órbita jurídica y policial, relegada de tal modo a problemas ligados al tráfico de drogas.

Un debate en el “mercado de saberes” hubiera producido “designaciones” e interpelado la nominación de “enfermedad” (incluyendo el hábito de beber llamado alcoholismo, ya expuesto en nuestro anclaje conceptual), y la legitimidad de la profesión médica como agente de control social en el juego de “transacciones”. “Dar nombre” tiene en sí mismo importantes implicaciones políticas, como señala E. Good¹⁸³: “Cuando se formulan categorías lingüísticas con connotaciones específicas se está diseñando el armamento para una batalla: cuando son aceptadas y utilizadas, se logra una victoria importante”.

183 Good, E.: citado por R. Crawford en: “Los límites del yo y el otro no saludable: reflexiones sobre salud, cultura y sida”. Mimeo, traducido de *Social Science and Medicine*, 1994, pp. 17.

Por otra parte, ni los autores de esta Ordenanza ni sus posibles ejecutores buscaron poner en tensión las “regulaciones” que impone la Ley 23.737 y todos los mecanismos implicados en el paradigma “prohibicionista”, destinados a la conservación de orden social, que desalientan o sancionan conductas “desviadas”; creaciones sociales destinadas a delimitar posibilidades de comportamiento en individuos a través de un conjunto de reglas explícitas o implícitas, formales e informales, originadas en relaciones de autoridad.

La denominación “droga” implica enfrentarse a una construcción social estigmatizante, estigma, que polariza en lo social la clasificación del consumidor de estas sustancias entre “enfermo” o “delincuente”. Estigma como atributo de una determinada categoría de sujeto, posesión que le da “status” de “diferente” junto a un proceso desacreditador sobre su persona, rasgo que impone “marcas” y llama la atención por sobre el resto de sus atributos, convirtiéndose en definitorio del sujeto¹⁸⁴.

Dispositivos asistenciales:

La oferta en salud, basada en especialistas e instituciones formales, tiene una connotación económica, social y simbólica; esta última dimensión se sitúa en un espacio de transacción, relacionándola con lo social y político, y con el control social. Así los dispositivos corresponden a expectativas políticas, sociales y económicas y llevan aparejados significados e ideologías que desde la instancia del poder político se proyectan a la sociedad.

Por otra parte, el debate de la Ordenanza de 1998 en el ámbito local, en tensión a la regulación penal que implica la Ley 23.737, se hubiese constituido en un escenario central para el análisis ideológico de la adhesión a las convenciones internacionales que premian la “lucha contra las drogas” y las consecuencias en el “combate” a los usuarios.

La construcción de un “*Consejo Asesor Consultivo como espacio de discusión permanente sobre las distintas teorías admitidas en la problemática*”, como planteaba la normativa, hubiese posibilitado la

184 Belmartino, S., *op. cit.*, pp. 17.

capacitación de funcionarios, la gestión de las prácticas clínicas y un encuentro de representaciones y de saberes: trabajadores de distintas secretarías, agentes judiciales, políticos y las fuerzas de seguridad en programas alternativos, como los programas de reducción de daños, que no obstaculizaran la participación de la comunidad a través de sus organizaciones y de los propios usuarios.

Desde la perspectiva del trabajo profesional en salud se hubiese permitido el ejercicio de una práctica de atención, sin auto-censuras por temor a sanciones para aquél y los pacientes que demandaban cuidados, superando los efectos negativos de la criminilización de las poblaciones de usuarios. Finalmente, la construcción de la “normalización” social de las drogas ante el “ocultamiento” vigente en el ámbito de salud municipal hubiera disminuido los conflictos que planteaban los profesionales en la notificación de consultas ante consumos, los que los lleva a la no-confección de historias clínicas en los servicios de guardias como rutina administrativa.

Una normativa que instrumentada en los servicios de salud adecuaría la organización del trabajo en ellos, alejando la standarización del “dispositivo de admisión”, los turnos programados, la atención exclusiva en horarios matutinos, y el personal de seguridad en las puertas de los Centros de Salud; todas medidas más pertinentes a las particularidades y la realidad “del mundo de las adicciones”. La modalidad del “saber-hacer” propia de la práctica biomédica se transforma como obstáculo en la indefinición propia de las adicciones.

La naturaleza intensiva del trabajo de los profesionales de la salud complica la adopción de estas nuevas problemáticas o de modelos de atención alternativos. En los casos de los equipos asistenciales el énfasis está puesto en las acciones que priorizan las estrategias de curación-cuidado más que de prevención, y la urgencia de la pobreza profundiza el modelo de atención con parámetros biomédicos. Como señala el equipo de S. Margulies¹⁸⁵, en este contexto de pobreza y desempleo generalizado aumentaron las demandas de salud hacia los ámbitos públicos, produciendo un desfase entre los problemas de

185 Margulies, S.: Informe del equipo de “Antropología y Salud” de la UBA y la Defensoría del Pueblo de la ciudad de Bs. As., mimeo 2003.

acceso a los servicios de atención en los distintos niveles y las necesidades de la población; por lo que la respuesta médica institucional expresa y reproduce las condiciones generales de la desigualdad social, hace base en la persistencia de diferenciales en la morbilidad y mortalidad de los grupos sociales.

En un contexto nacional de fragilidad y vulnerabilidad creciente en la sociedad, se conforma un sujeto que acentúa su individualismo y que atemorizado ante la exclusión social, incentiva su consumismo. En lo social, provoca el retorno de patologías como la tuberculosis, y de nuevos “padecimientos sociales” como depresiones, insomnios y adicciones. La precarización generalizada y el desempleo produjeron un quiebre en la construcción de identidad dentro de la “cultura del trabajo”, junto a un crecimiento de la violencia y la inseguridad, en el nuevo “reordenamiento” social.

Percibida la necesidad de “intervención” en este fenómeno contemporáneo por parte del Honorable Concejo Deliberante, no se pusieron en juego los principios básicos de un intento de “regulación” municipal, como otorgar imperio de autoridad a lo sancionado o el control jerárquico, la solidaridad o cooperación sobre la base de normas y valores compartidos, y encuadramiento con instituciones públicas asociadas históricamente al tema de las adicciones. Estas normativas fueron desalentadas y vaciadas de contenido por las propias instancias “reguladoras”, entre ellas las autoridades del gobierno municipal, los partidos políticos como mediadores de las necesidades de la población (expresadas en la Ordenanza), y la dirección de salud municipal.

Así, hablar de individuo “adicto” es sólo la punta del iceberg, su manifestación más extrema. El incentivo social al consumo de mercancías, la medicalización de extensas áreas de la vida cotidiana, la auto-medicación incentivada desde las industrias químicas y presente en los medios de comunicación, la deslegitimación de otros espacios de “cura” comunitarios, el tratamiento global del narcotráfico, son cuestiones que atraviesan la política, la justicia, las fuerzas de seguridad, los sistemas de salud, la educación, y, principalmente, los mecanismos de solidaridad y de inclusión de todos los ciudadanos en una gestión de defensa de los derechos humanos para todos.

¿Intervenir? ¿Para qué? ¿Con quién o quiénes?

Cuando el Estado nacional, provincial o municipal, asume a través de una legislación o de normativas, como en nuestra investigación sobre el sector de salud municipal, un interés por disminuir los casos de adicciones u ofrecer una respuesta, se revela una clara contradicción y fractura entre los recursos que se asignan, las teorías vigentes, los sujetos involucrados y las necesidades. Esta fractura parte de medicalizar una problemática que, como muchas otras, es parte de un conjunto de hechos sociales que no caben dentro del MMH vigente, y parte también de las limitaciones, falta de capacitación y debate abierto de la propia institución responsable de la asistencia en salud.

En la práctica, las limitaciones de la institución sanitaria fijan una hegemonía en el tema drogas, pero soslayan la imposibilidad de llevar adelante su compromiso en implementación de la normativa votada en el Honorable Concejo Deliberante. Al mismo tiempo, descubre su impotencia y negligencia al no incorporar otros paradigmas y otros sujetos posibles en respuesta a la drogadependencia: los propios usuarios de drogas, familiares, organizaciones como las “madres del Paco”, asociaciones vecinales. Las ONG de rehabilitación aparecen únicamente en un proceso de derivación de la salud pública al área privada, subsidiando tratamientos bajo la figura de “becas”, pero sin impacto en el debate del modelo de atención a la salud.

Dice Menéndez: “el modelo médico hegemónico, es el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, que logra identificarse con la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científico como por el Estado”.

Así, una “intervención” como acción intencional dirigida a una situación considerada problemática, parte del supuesto de que existen personas externas a las poblaciones a las que se dirigen (los “*expertos*”: políticos, concejales, médicos, psicólogos, etc.), y que implica un *espacio y tiempo*, remitiendo a formas de atención en salud. Ahora bien, la forma de intervenir está condicionada por un marco conceptual y una definición del problema: social, cultural, judicial, etc. Así se presentan “categorizaciones”, en palabras de R. Castel, que buscarán el control

de la problemática: drogas como patología, prescripciones, respuestas estandarizadas, uso de drogas, riesgos mejor o peor gestionados, objetivos escalonados, jerárquicos, enfermo-paciente, sujeto de derechos. Los dispositivos de intervención son un espacio de transacción (social, político, religioso y control social); con connotaciones simbólicas, se ubican entre directrices macro y micro-sociales, conforme a la oferta existente, llevan aparejados significados e ideologías que, desde las instancias del poder político o corporativo, se quieren proyectar sobre la sociedad.

Los procesos de atención se constituyen en un espacio profesional de carácter técnico y teórico, pero además en un espacio jurídico, político y socio cultural. La incapacidad del MMH limita la captación de los “artefactos” conceptuales que requiere esta compleja problemática de la drogadependencia; obtura el reconocimiento de la importancia de los factores económicos, políticos, socio-culturales. La impotencia o la “perplejidad” de este padecimiento se plasmaba en los profesionales como desconocimiento de normativas o confusión por la falta de eficacia de los “consejos” al paciente usuario de drogas. “*El adicto no piensa, siente con el cuerpo*”, era un registro repetido en este campo disciplinar.

La deslegitimación de estrategias propias de las ciencias sociales, que basan sus núcleos teóricos en las dimensiones socio-culturales para entender el sufrimiento humano, eran aisladas y descalificadas en la escala de jerarquizaciones de poder propias de los servicios de salud. Experiencias del Centro de Prevención en la comunidad, intervenciones de antropólogos en sectores educativos, se presentan como marginales, no evaluadas y relegadas de la planificación de salud.

La falta de un dispositivo de atención de la salud y de política social respecto a las drogas, lineamientos de abordaje y Programas legitimados desde puestos decisorios, desbordaba a los profesionales de este Centro cuando la información llegaba a “rincones insospechados” generando demandas imposibles de contención en el propio sistema municipal. La “urgencia” de situaciones alimentaba la derivación a instituciones de re-habilitación “disciplinarias” o a ciertas “ONGs” mercantilistas, en un circuito perverso de lo público a lo privado, sin discusión de paradigmas.

Necesidades que implicaban articulación con otras Secretarías del gobierno municipal, como la de Promoción Social o su Departamento de la Juventud, llevaban al fracaso de estrategias de prevención comunitaria por carencia de recursos humanos fuera del sector salud, como personal que pudiera “*instrumentar el ocio*” generado por la desescolarización y el desempleo de muchos jóvenes vulnerabilizados, reclamo realizado por las propias madres ante los trabajadores de la salud en uno de los barrios Toba.

Muchas de las tareas asignadas a profesionales de Trabajo Social se encuadraban dentro de prácticas de asistencialismo o auxiliares en el equipo de salud (visitas domiciliarias para control de medicación, colaboración para la obtención de documentos de identidad de pacientes, etc.); información suministrada por profesionales, estadísticas, y de Farmacia informando sobre aumento de suministro de psicofármacos en un determinado hospital quedaban como meras narrativas, no plasmaban la dificultad de construcción de una metodología de abordaje transdisciplinaria.

Así mismo, perspectivas profesionales con modelos psicológicos que enraízan la concepción de las adicciones como una “*enfermedad*”, “*patología*” o “*estructuras pre-tóxicas*”, con la carga de valoración negativa que descalificaba socialmente al sujeto, generaban brechas comunicacionales y dilemas con los profesionales de las ciencias sociales. La relación de hegemonía/subalternidad propia de modalidades de atención del saber médico producía desencuentros en las acciones interdisciplinarias, no pudiendo jerarquizar recursos para la atención de las enfermedades de los adictos, necesarios para la salud.

Consideramos que una política de salud mental debería apelar a estrategias que pongan en juego los recursos y redes de contención existentes aún en un sujeto “*adicto*”. Para ofrecer estrategias de lucha, como observa F. Ulloa ante los “infortunios de la vida o los múltiples rostros de los padecimientos. Contraria a una política de la salud es la cultura de la mortificación que quita valor al sujeto, le hace perder lucidez y lo desposee de su cuerpo, inhabilitándolo así para la acción”¹⁸⁶.

186 Entrevista en “Clarín”, 23/06/03.

Como señalaba N. Scheper Huger¹⁸⁷ se trata de no perpetuar al profesional en el campo de los procesos de salud/enfermedad/atención, sino realizar una construcción social de la práctica clínica ante ciertos padecimientos sociales, apelando a la “cura social” a través de las fuerzas de activistas comunitarios. La presencia de mediadores como agentes de salud en la calle o casas de refugio colaborarían con el potencial de ayuda mutua que existe en la subcultura del paciente.

La rigidez académica para concebir la consulta como una interacción social, la falta de capacitación y formación profesional, se agudizaba con la inserción de pasantes justamente en los primeros niveles de atención, lugar de “trinchera” para la visualización de las adicciones, dispositivos preparados para la acción, pero que requieren de un marco de abordaje explícito y tiempo de trabajo disciplinar.

Esta temática reclamaba quizás una “epidemiología sin números”, como bien observa Almeida Filho, para orientar una política pública de salud y una política de servicios, como contribución necesaria para los administradores deseosos de producir un cambio en la atención de las adicciones, más allá de normativizar distintos nomencladores vigentes y largas etapas de “sensibilización a los profesionales” para abordar la “vigilancia epidemiológica”. Aproximaciones como “perfiles del consumidor” refieren a riesgos inherentes de un “estilo de vida”, término acuñado en la producción de las ciencias sociales, pero vaciado de contenido por ciertas perspectivas epidemiológicas. La mirada que desvincula las condiciones materiales e ideológicas de vida de los conjuntos sociales, espacio también de construcción de las representaciones y prácticas sociales, estructurantes de los sujetos, puede llevar a considerar:

“... que la desnutrición, la falta de higiene, el ‘alcoholismo’, la cirrosis, no son producto de la pobreza, la falta de infraestructura sanitaria y de las propuestas socioculturales de sociabilidad, ritualidad y evasión a través del consumo de alcohol, sino elecciones libres de individuos aislados. Esta reducción empobrecedora del concepto hegemoniza las representaciones sociales acerca del ‘alcohólico’ y de cierta manera, forma parte del discurso médico ejercido como ‘regaño’ durante la consulta en

187 N. Scheper Huger, *op. cit.*

la que el paciente tiene que hacerse cargo no sólo de su enfermedad sino de la culpa por padecerla”.

La integración de los equipos requiere un tiempo de trabajo grupal, así como la no-delegación ni desconfianza ante marcos teóricos ajenos al discurso biomédico, desmedicalización de la problemática, eliminación de estrategias corporativas de invisibilidad del consumo, evitar la monopolización de la rehabilitación por parte de corporaciones “disciplinantes”, evitando la construcción de lealtades a cambio de subsidios o becas sin discusión de los paradigmas sobre drogas de dichas instituciones.

Así mismo, se hacía imprescindible el análisis de los distintos sentidos que tomaban las acciones ya parcializadas, con explicitación de los marcos conceptuales diversos, e incluso contrapuestos, referidos al consumo y comportamientos sobre salud/enfermedad.

Por otra parte, sería importante generar espacios de participación de los propios usuarios como agentes de salud, y de coordinación con las redes comunitarias de auto-ayuda; es decir, pensar en un sistema que incluso salga a buscar a los pacientes que no han decidido o no pueden dejar el consumo, como son las estrategias de “acercamiento a usuarios” desarrolladas en España y otros países de Europa¹⁸⁸.

El concepto unificado de “drogas” que hemos conceptualizado¹⁸⁹ comprende aquellas sustancias químicas caracterizadas por una serie de propiedades de tipo psicotrópico, cuyas consecuencias y funciones operan principalmente a partir de definiciones sociales, económicas y culturales que generan los conjuntos sociales. Se trata de una práctica universal relacionada con innumerables aspectos de la vida cotidiana, entre ellas la de la automedicación, en el contexto de la auto atención en salud.

188 Módena, M., *“Morbilidad por ingesta de alcohol y representaciones sociales”*, Mimeo, en VII Congreso Argentino de Antropología Social, Mayo 2004.

189 Parafraseando a O. Romaní, *op. cit.*

Las designaciones de desviación producen “actos de significado” en las acciones de salud. Estereotipos que asocian el consumo como “inconsciencia”, “descontrol”, “debilidad”, “goce tóxico”, “problema propio de la estructura de personalidad”, “droga-violencia”, “peligrosidad”, que los adictos “no consultan” o “llegan luego de 6 años de consumo y ya están hechos pelotas”, producen “malentendidos en la atención” entre los que sí demandan por salud. Marcas que finalmente reclaman mayor dureza policial y judicial, generando más exclusión y estigmatización, sin poder “escuchar” la inevitabilidad del consumo de algunas sustancias en una cultura que los estimula.

Expresiones como “para qué atenderlos, si estos en 5 años se mueren”, dan lugar al saber cruel o saber hipócrita, aquél propio del que cree saber todo o todo lo verdadero acerca de la verdad¹⁹⁰. Frente a “los distintos”, la actitud estigmatizadora primero excluye, segundo odia, y tercero elimina. Lo elimina en la condición de prójimo o de semejante; lo elimina deshumanizándolo.

El análisis desde una “Antropología de implícito” permite reconocer la existencia de limitaciones en los saberes “expertos”, demandando prácticas más autónomas en los sujetos dentro de una “reflexividad organizada”¹⁹¹ frente a la ciencia y la tecnología. Esto posibilitaría desenmascarar cadenas de exclusión, incertidumbres, cuando no se explicitan contradicciones antagónicas, procesos de ocultamiento o incapacidades disciplinarias frente al consumo de sustancia. Así, se trata de inscribir desde una perspectiva crítica la construcción del fenómeno de las drogas inextricablemente ligado a tres dimensiones: el individuo, la sustancia y el contexto económico y socio-cultural.

En el tema de las adicciones, la imposibilidad y las vicisitudes de consolidación de un Programa mostró la carencia de decisiones desde un nivel central, la ausencia de una organización de los servicios y de las modalidades de atención. La prevalencia de la biomedicina en las respuestas a problemas médicos y sociales, incoherencias en los abordajes psicológicos, y una reducción empobrecedora de las representaciones presente en los saberes técnicos-científicos de los profesionales contri-

190 F. Ulloa en “CLARÍN”, 23/09/2008.

191 Giddens, A., *op. cit.*

buyeron a relegar a meras premisas los ejes de *“Atención Primaria de la Salud”* como *“modelo de atención médica”* y *“estilo de gestión”* de salud del Gobierno Municipal.

ANEXOS

I) Propuestas desde el paradigma de “Reducción de daños”.

Fuente: Selección de artículos de “Intercambios” ONG.

- 1.- Coordinar una Política de drogas desde el Ministerio de Salud, coordinando con secretarías de servicios de salud públicas, secretarías de promoción social, ONGs, entidades vecinales, clubes, etc.
- 2.- Separar el mercado de sustancias: cannabis por un lado, distinto a las drogas duras, que hace que el consumo se ligue más a la criminalidad. Tolerar la venta de cannabis en pequeña dosis en los “coffe shops”. Infracción por posesión de más de 30grs., no prohibición del consumo.
- 3.- Informar sobre usos de la marihuana, sus usos: lúdicos, terapéuticos. No es una sustancia inocua, es adictiva en algunos casos, puede dañar los pulmones como muchas nicotinas, y si hay en personas vulnerabilidad por desordenes sicóticos, puede funcionar como disparador. El mensaje siempre es desaliento del consumo. Vigencia aún de tratados internacionales que no legalizan, traen compromisos de acuerdos y asignaciones de dinero a proyectos.
- 4.- Ofrecer a usuarios de cocaína o drogas ilegales peligrosas para la salud la posibilidad de analizar en laboratorios oficiales las sustancias que les han vendido.
- 5.- Esto permite monitorear el mercado y tomar medidas preventivas si aparecen sustancias especialmente tóxicas o mezcladas para plus de ganancia.
- 6.- Inspeccionar locales bailables, “disco”, “clubes” o eventos de diversión y encuentro, respecto a pautas de salubridad –tem-

- peratura, provisión de agua, personal de salud— donde se consuman sustancias como “éxtasis”.
- 7.- El “éxtasis” conlleva riesgos agudos de deshidratación y descompensaciones físicas (dance-drug) en ciertos contextos. Exigir a municipalidades que existan lugares para refrescarse, suficiente provisión de agua y personal especializado en primeros auxilios.
 - 8.- Difundir en las fiestas la prevención “entre pares”: el mensaje siempre es que el consumo es riesgoso, y si alguien consume corre riesgos, que sea muy cuidadoso, que no se tome dos pastillas juntas, no acelerarse demasiado, que descanse a intervalos, que no consuma todos los fines de semana.
 - 9.- Informar a los municipios para que los exijan.
 - 10.- Asignar presupuesto a jóvenes entrenados en estrategia de “grupos de pares”, para que comuniquen en forma “creíble” los riesgos de ciertas drogas, no para que dejen de consumir.
 - 11.- Dar información sobre el uso de “crack” respecto a las pequeñas pipas que elevan la temperatura del humo y mayor daño. Advertir a estos usuarios que reconozcan el punto de derrumbe personal o cuando se quedan sin dinero por consumo sin freno por “crack”.
 - 12.- Que los usuarios aprendan a reconocer y detectar, con abordajes psicológicos, el estado previo al punto de derrumbe, y moderar el consumo o abstenerse.
 - 13.- El contacto confiable no es difícil dado que muchos de estos usuarios ya concurren a los servicios de salud por otros programas, y los de intercambio de jeringas, suministro de metadona, procreación responsable, etc.
 - 14.- Cada intervención con enfoque teórico e implementación de metodologías conforme a los contextos socio-culturales.

II) A continuación citamos la “Carta Abierta” surgida del Encuentro de Trabajadores de la Salud Mental, realizado el 20 de marzo del 2004, que amplía la profunda crisis sin respuesta por parte de los organismos estatales responsables respecto a los trabajadores de la Salud Mental.

CARTA ABIERTA a:

Sra. Ministro de Salud de la Provincia de Santa Fe Dra. Claudia Perouch

Sra. Secretaria de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario Dra. Mónica Fein

La Atención Primaria de la Salud (APS) –según el acuerdo internacional que le dio origen– se define simultáneamente como una ubicación espacial al interior del sistema de salud (primer nivel de atención, puerta de ingreso al sistema), como conjunto de programas prioritarios y como estrategia. En el último caso, se rescata toda su potencialidad sólo si se logra instalar la participación como eje fundamental del trabajo comunitario. El hecho de que los equipos de salud estén insertos en el territorio de la población de referencia constituye su aspecto más valioso, ya que posibilita construir salud desde la comunidad y conjuntamente con ello crear ciudadanía.

La APS pone en juego las modalidades del lazo social así como la relación entre la población y las organizaciones, particularidad que reviste especial interés para los trabajadores de Salud Mental, dado que en la construcción y despliegue de las demandas se producen dispositivos viabilizadores de subjetividad. Además, el fortalecimiento de lazos comunitarios, la posibilidad de producir respuestas activas y creativas ante los problemas y conflictos identificados, y el diseño de proyectos colectivos con sentido solidario, redundan necesariamente en salud mental.

APS subvierte el esquema tradicional en salud y en salud mental. Cualquier propuesta de Salud Mental que no contemple un lugar de fuerte protagonismo para la APS, condena a la población a respuestas

manicomiales o institucionalizantes del sufrimiento psíquico, sean intervenciones curativas, tutelares o represivas.

Dada la complejidad del espacio de trabajo en APS, nuestra práctica aborda el nivel de lo individual, el de la familia, el de los grupos, las instituciones y redes barriales. Sabido es por todos nosotros, los trabajadores de la Salud Pública, mucho más aún por sus usuarios (la población que es atendida por efectores públicos) la desbordante situación que padece la Salud Pública en su conjunto:

- El histórico relegamiento del presupuesto de APS en relación con el magro presupuesto de salud. Los centros de salud se encuentran desabastecidos de insumos y medicamentos. La precariedad laboral del recurso humano en salud resulta todavía más alarmante en Salud Mental. La mayoría de los centros de salud no cuenta con cobertura de salud mental; el 85% del recurso humano disponible en los efectores provinciales se desempeña ad honorem.
- Además, con la crisis actual, grandes sectores de población se ven imposibilitados de llegar a los hospitales, quedando los centros de salud como única referencia.
- La coyuntura actual ha producido un incremento en la cantidad y gravedad de la demanda a nuestros servicios (problemáticas gravísimas de la infancia, adicciones, víctimas de abuso sexual, incremento de casos de suicidios en niños, situaciones de violencia horizontal, depresiones y angustias masivas, etc.).
- Merece un capítulo especial en el análisis de la demanda, la particular situación en la que se encuentran los equipos de salud, por el impacto subjetivo que estamos recibiendo al quedar expuestos en la búsqueda de respuestas sin el respaldo del Estado.

Ante la gravedad de la situación planteada, entendemos que ya no hay margen para que el poder político esgrima como argumento el déficit presupuestario, profundizando recortes sobre bienes sociales a los que trata como bienes de mercado. Es así como niños, adultos y ancianos de nuestra población, se ven arrojados a condiciones deshumanizantes de supervivencia o a la muerte, al verse impedidos del

acceso al alimento, el medicamento o a los insumos necesarios para las prestaciones de salud.

La dimensión del genocidio torna urgente la responsabilización del Estado en su papel de garante de los derechos reconocidos por la Constitución Nacional.

Ante todo esto exigimos:

- Implementación de políticas en Salud Mental que prioricen la APS y problemáticas de la infancia con su correspondiente asignación presupuestaria.
- Ingreso del personal seleccionado durante el año 2003 para la conformación de Equipos de APS, mediante una convocatoria conjunta realizada por: Ministerio de Salud de la Provincia, Programa Provincial de Salud Mental y Colegio de Psicólogos de la 2ª Circunscripción.
- Hacer efectivos los anuncios realizados ante los medios de comunicación en torno a la articulación de políticas en APS entre la Provincia y la Municipalidad.
- Pase a planta del personal contratado precariamente.
- Recomposición salarial.
- Recategorización del personal (Profesionales, Talleristas, Trabajadores sociales, etc.).

MOVIMIENTO DE TRABAJADORES DE LA SALUD MENTAL

BIBLIOGRAFIA

- ABONIZIO, M y BARBIERI, E.: "Discursos en colisión", Ponencia en Actas de las Jornadas del Departamento de Antropología socio-cultural, UNR, 2002.
- ACHILLI, E. y Otros: "Proceso de Investigación e intersubjetividad". Mime de Cátedra, 2002.
- ADICCIONES: DESAFÍOS Y ABORDAJES. Publicación de la Secretaría de Salud Pública de Rosario, 1998.
- AGRA, C. de: "Dizer a droga, ouvir as drogas". Edit. Porto 1993.
- ALMEIDA FILHO, N.: "Epidemiología sin números", OPS, 1992.
- ALVES, P. C. y RAVELO, M.: "A perspectiva de análise social no campo da saúde. Aspectos metodológicos". En Dilemas e Desafios das ciencias sociais, na saúde coletiva, Hucitec Abrasco, 1995.
- ANDRES, M. de y HERNÁNDEZ, T.: "Estrategias de acercamiento a usuarios de drogas". Triacastela, 1998.
- ARIEL, A.: "Prevención y Psicoanálisis - Supervisión de la función parenteral". Mimeo de Conferencia PSM, de la SSP; D. Korinfeld/1999.
- BATALLÁN, G. y GARCÍA, F.: "Antropología y participación". En Rev. Publicar, año 1, N° 2, Bs. As. 1992.
- BELMARTINO, S.: "Fundamentos históricos de la construcción de relación de poder en el sector salud". En Centro de Estudios Sanitarios, OMS/OPS, 1991.
- BERLINGER, G.: "Conflictos y orientaciones éticas en la relación entre salud y trabajo". En CESS N° 69, 1994
- BIALAKOWSKY, A. y CATTANI, H.: "Conflicto de paradigmas", en Rev. Encrucijadas. U.B.A., junio 2001.
- BOLETIN DE ATENCIÓN PRIMARIA. Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario. Número 1, Rosario, 1998.
- BOLETIN DE EPIDEMIOLOGÍA. Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario. 1999 y 2000.

- BOURDIEU, P. Y WACQUANT, L.: "Respuestas por una antropología reflexiva". Grijalbo, 1995
- BOURDIEU, P.: "Cosas dichas", Gedisa, 1988.
- BOURDIEU, P.: "Le champ scientifique" in Actes de la Recherche en Sciences Sociales, N°2-3, 1976, citado por Gutierrez, A. en "Las prácticas sociales" n°135, de CELA, 1994.
- BOURGOIS, P.: "In search of respect. Sellig Crack in El Barrio". Cambridge, University Press. N.Y.,1995.
- BRUNER, J.: "Actos de significados". Alianza, 1998.
- CALABRESE, A.: "La droga: consumo de los consumos", en Rev. Ensayos y Experiencias. Novedades Educativas, N° 29, Bs. As., julio/agosto 1999.
- CAMPONOV MEIER, O.; MORIN, P.: "Síndrome de Burnout en el personal de salud de un hospital público de Rosario", en Rev. Investigación en Salud, SSP, 2000.
- CARBALLEDA, A.: "La intervención en lo social". Edit. Paidós, 2002.
- LA FARMACODEPENDENCIA EN AMÉRICA LATINA: su abordaje desde la atención primaria de la salud. OMS, 1991.
- CASTEL, R. y Coppel, A.: "Los controles de la toxicomanía" en Individuos bajo influencias. Nueva Visión, 1991.
- CASTEL, R.: "La dinámica de los procesos de marginalización: de la vulnerabilidad a la exclusión" en Espacio institucional. Lugar Bs. As.1991.
- COMELLES, J.: "La configuración del modelo médico y del modelo antropológico", en Enfermedad, cultura y sociedad, Eudema, 1993.
- CATTANEO, A. y otros: "Inserción de la Antropología en el sector salud". En Revista del Colegio de Graduados en Antropología. N° 2, mayo/1999, Bs. As.
- CONRAD, P.: "Sobre la Medicalización de la anormalidad y el control social" en Psiquiatría Crítica - La política de salud mental. Ingleby, D. Ed., Grijalbo. Barcelona, 1982.
- CONRAD, P. y SCHENEIDER, J. W.: "Desviación, definiciones y la profesión médica". Mimeo traducción de From Badness to Sickness, 1985.

- CONRAD, P. y SCHENEIDER, J. W.: "De la maldad a la enfermedad - Cambiando la denominación de la desviación y el control social". Mimeo, traducción de From Badness to Sickness, 1985.
- CRAWFORD, R.: "Los límites del yo y el otro no saludables, reflexiones sobre salud, cultura y Sida". Mimeo, 1994.
- DE ANDRÉS, M. y HERNÁNDEZ, T.: "Estrategias de acercamiento a usuarios de drogas". Triacastela, 1998.
- DESSAULT, G.: "La epidemiología y la gestión de los servicios de salud", en Boletín OPS, 1995.
- DI LISIA, M.; HUERTA, A.; GUTIERREZ, L.: "El stress asistencial en los servicios de salud". En Investigación en salud. SSP. 2000.
- EHRENBER, G.: "Individuos bajo influencia". Nueva Visión. 1994.
- EPELE, M.: "Violencias y trauma. Políticas del sufrimiento social entre usuarios de drogas". En Cuadernos de Antropología Social, Nº 14, Instituto de Antropología Social, FFyL, UBA, Diciembre 2001.
- EPELE, M.: "Lógica causal y (auto)cuidado. Paradojas en el control médico del VIH-SIDA". En Cuadernos, U.N.R., 1997.
- ESCOHOTADO, A.: Historia de las drogas. Vol.1.2.3. Alianza. 1998.
- ESCUADERO, J. C.: "Datos para medir el uso indebido de drogas". En Cuadernos médicos sociales Nº 49/50. CESS, Rosario, 1989.
- EWEN, S.: "Todas las imágenes del consumismo". Grijalbo. México, 1991.
- FAJRELDIN CHUAQUI, v. y WEISNER, M.: "Mi remedio pascuense: cultura médico-política en Rapanui". Rev. Escuela de Antropología, FHyA. UNR. Nº VIII, 2003.
- FOUCAULT M.: "El nacimiento de la clínica". Siglo XXI, 1992.Bs. As., 1987.
- FOUCAULT M.: "Vigilar y castigar". Siglo XXI, México 1984.
- FRANKEMBERG, R.: "Gramsci, Culture, and Medical Anthropology: Kundry and Parsifal?". Medical Anthropology Quarterly, USA, 1988.
- FRENKEL, D.: "Una mirada institucional de las prácticas de gestión y atención de la salud". CESS, nº 82, 2002.

- FREUD, S.: “El malestar en la cultura”. Tomo XXI, Obras Completas, Edit. Amorrortu, 1993.
- GALENDE, E.: “Psicoanálisis y salud mental”. Edit. Paidós. Bs. As., 1990.
- GERLERO, S. Y AUGSBURGER, A. C.: “Calidad de atención en servicios de salud mental, para pacientes afectados por VIH-SIDA”, en Actas II Reunión de Antropología del MERCOSUR, Piriapólis, 1997.
- GAMELLA, J. Y ÁLVAREZ ROLDAN, A.: “Las rutas del éxtasis-drogas de síntesis y nuevas culturas juveniles”. Ariel, España, 1999.
- GARCIA CANCLINI, N.: Consumidores y ciudadanos. Grijalbo, México, 1995.
- GIUNIPERO, L.: “Adicciones” en Revista “La Grieta”, Nº 5, 1994.
- GEERTZ, C.: “La interpretación de las culturas”. Gedisa, Barcelona, 1973.
- GERERLERO, S. y AUSBURGER, A. C: “Epidemiología en Salud Mental: construcción de una normativa para el registro de las consultas de salud mental en los servicios de salud publica municipales de la ciudad de Rosario”, Premio, instituido por la propia SSP, 1997.
- GIDDENS, A.: “Política, sociología y teoría social. Reflexiones sobre el pensamiento social clásico y contemporáneo”. Paidós. Barcelona, 1997.
- GIDDENS, A: “Modernidad e identidad del yo”, Península, 1995.
- GOFFMAN, E.: “Estigma”, Paidos, 1997.
- GRIMSON, R.: “Una contención alternativa”, Rev. Veintitrés, Mayo 2001.
- GUINSBURG, C.: “Indicios, raíces de un paradigma de inferencia indiciales” en Mitos, emblemas, indicios. Morfología e Historia. Gediza, 1989.
- GRIMBERG, M.: “VIH/SIDA y Proceso Salud-Enfermedad-atención: Construcción Social y relaciones de hegemonía”. Seminario-taller de Capacitación de Formadores, LUSIDA, 1998.
- PROGRAMA DE ANTROPOLOGÍA Y SALUD, En Rev. Gaceta de Antropología, Bs., 1999.

- GUBER, R.: "El salvaje metropolitano". Legaza, 1991.
- GUIHO-BAILLY, M. P. y GUILLET, D.: "Cuando el trabajo se vuelve droga", en Organización del trabajo y salud. Dessors, D. y Guiho-Bailly, Marrie Pierre. (comps.). Edit. Lumen, Bs. As., 1998.
- HERKOVITS, F. D.: "La normalización de las adicciones: un estudio sobre la 'estructura' que rige las Comunidades Terapéuticas del sur del Gran Bs. As.". CAAS, Mar del Plata, 2000.
- HERZLICH, C. y PIERRET, J.: "De ayer a hoy: construcción social del enfermo". En Cuadernos médicos sociales. CESS, Rosario, 1988.
- HINTZE, S.: Organización de "Políticas sociales" - Contribución al debate teórico-metodológico, en ficha SCyT. UBA. Bs. As. 1996.
- INCHAURRAGA, S (comp.): "Drogas y drogadependencias. Teoría, clínica e instituciones". UNR. Rosario, 1997.
- INCHAURRAGA, S: "Drogas, haciendo posible lo imposible". Ceads-U.N.R.-Arda, 2002.
- INCHAURRAGA, S: "Malestares sociales en las fronteras de la modernidad". UNR, 1995.
- INGOLD F.: "Los toxicómanos en Europa. Epidemiología y etnografía", en Individuos bajo influencias, Nueva Visión, 1994.
- "INTERCAMBIANDO" Publicación de "Intercambios", Asociación Civil, Nº 2-3-4-5.
- INVESTIGACION EN SALUD, Revista de la Secretaría de Salud Pública, nº 2, Rosario, 1998.
- JACINTO, C.: "La otra adolescencia: un dilema para las políticas públicas de formación profesional", en Pobreza urbana y Políticas sociales. Autores varios. CEIL. Bs. As. 1995.
- JODELET, D.: "Las representaciones sociales: un campo en expansión". Traducción: E. Alsina de Lassalle. Programa ICA-UBA.
- KALINSKY, B. y ARRUE, W.: "Claves antropológicas de la salud". Edit. MD. Bs. As. 1996.
- KOHAN J. y BARCELLOS DA COSTA, M.: "Líneas ideológicas en el abordaje del tema 'droga' en la Argentina". En Rev. Salud, Problema y debate Nº 2. 1989.

- KORINFELD, D.: "Consumo de alcohol y otras drogas. Ensayos y Experiencias". Novedades Educativas, 1999.
- LE BRETON, D.: "Antropología del cuerpo y modernidad". Nueva Visión, 1995.
- LE POULICHET, S.: "Toxicomanía y psicoanálisis. La narcosis del deseo". Amorrortu, Bs. As. 1990.
- LILACS-CD-ROM. Fuente 31ª edición.
- MADRIGAL, E.: "Patrones de consumo y dependencia del alcohol y de sustancias psicoactivas en la Mujer". Publicación N° 541 de la OPS, 1993.
- MARGULIES, F. Y OTROS: Acceso al sistema publico de salud en Cuadernos del Instituto de estudios e investigaciones, n° 5, Bs. As. 2003.
- MARGULIS, S.: "Conferencia en 8vo. Congreso de la Salud en el Municipio de Rosario Septiembre/1999.
- MARTÍNEZ, A.: "Manual de Antropología de España", Lugar, 2000.
- MENÉNDEZ, E.: "Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones". En Cuadernos de la Casa Chata N° 179, UNAM, 1980.
- MENÉNDEZ, E.: "De algunos alcoholismos y algunos saberes". CIESAS. México 1996.
- MENÉNDEZ, E.: "Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica". Alianza, 1997.
- MENÉNDEZ, E.: "Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos. Apuntes para una Antropología Médica crítica". En Nueva Antropología, año VI, N° 23, 1984.
- MIGUEZ, H.: "Uso de sustancias psicoactivas". Paidós. Bs. As., 1998.
- MODENA, M: "Morbilidad por ingesta de alcohol y representaciones sociales", Mimeo en VII Congreso Argentino de Antropología Social, 2004.
- NEUMAN, E.: "Estereotipos y represión en materia de drogas", en compilación del .CEADS, UNR 2003.
- NIÑO, L.: "Los muertos que vois matais", en Rev. "Encrucijadas", UBA, 2000.

- O'DONNEL: "Políticas de Estado", Paidós. 1998.
- OLIEVENSTEIN C.: "Instituciones y perversidad". Web. SEDRONAR, 1996.
- OPS-OMS: Informe La Salud Mental en el Mundo, 1998.
- NIDA: Cocaína, opio, marihuana - Problema mundial, respuesta mundial. EUA, 1988.
- PARSONS, T.: "Sobre el concepto de poder". Edit. Siglo XXI, 1963.
- PIOLA, J.C. y otros: "Perfil de pacientes que consultan a un servicio de toxicología en Rosario". SERTOX. Mimeo. 2000.
- PREMOLI J.: "Silencio... hospital", en la Rev. La Grieta, Nº 7 Rosario, julio 1997.
- PROGRAMA DE DROGADEPENDENCIA, Dirección de Salud Mental - Secretaría de Salud. CGBA. Autores: Kameniecki, M.Hurtado, G. y A. M. Rossaroli, Marzo, 1999.
- PUBLICACIÓN del Servicio Catalán de la Salud, Memoria del Área de Salud Pública. Versión castellana, Barcelona, España, 1996.
- ROMANI, O.: "Etnografía y Drogas. en Nueva Antropología", vol XVI, 52., 1997.
- ROMANI, O.: "Por el filo de la navaja: drogas y vulnerabilidad social", en Trabajo Social y Salud, nº 32, 1999.
- ROMANI, O.: "Intervención comunitaria en drogadependencias. Etnografía y sentido común", Rev. Tóxicodependencias, Nº 2, Madrid, 1995.
- RONCORONI A J, "Guerra a la droga o a los consumidores", en Rev. Encrucijadas, Nº 8, junio/2001.
- ROSSI, A.,: "Argentina en el escenario continental de la guerra contra las drogas"; en Las drogas: entre el fracaso y los daños de la prohibición, CEADS-UNR, 2003.
- SATRIANO, C.: "La drogadicción como objeto de discursos". Edit. Fundación Ross, Bs. As. 1998.
- SCHAPIRA, M.: "La odontología en Argentina - Del curanderismo a la consolidación profesional". UNR Editora, 2000.
- SCHEPER HUGUES, N.: "Tres propuestas para una Antropología Médica Crítica". Mimeo, USA, 1990.

- SCHEPER HUGUES, N.: "La muerte sin llanto", Edit Ariel, España, 1997.
- SINGER, M.: "Reinventando la Antropología Médica: hacia un realineamiento crítico". Mimeo, U.S.A. 1990.
- SOUZA CAMPOS, G.: "El anti-taylor sobre la invención de un método para cogobernar instituciones de salud produciendo libertad y compromiso". Traducción Alberdi, J. 1997 Mimeo, 1997.
- SPINK, M. J. P.: "Investigación cualitativa en salud: superando los horrores metodológicos". En Salud, cambio social y política. Instituto Nacional de Salud Pública. Edamex, México, 1999.
- STOLKINER, A.: "La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas". Campo Psi, 1999.
- TAUSSIG, M. "La reificación y la conciencia del Paciente". En Un Gigante en Convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente, Gedisa, España, 1992.
- TOUZE, G.: "La prevención a través del sistema educativo" en Ensayos y Experiencias, Novedades Educativas, 1999.
- VÁZQUEZ ACUÑA, M. E.: "Coerción: un factor importante que restringe el acceso de usuarios de drogas y trabajadoras sexuales al sistema de salud", en Drogas y drogadependencias. CEADS-UNR, 1997.
- WALLACE, S.: "Consumo de drogas y VIH_SIDA", Edit. Eudeba-Lusida, 2000.
- WEEKS, J.: "Valores en una era de incertidumbre". Mimeo, 2000.
- WALLACE, S.: "Consumo de drogas y VIH-SIDA". Eudeba-LUSIDA. Bs. As.
- ZALDUA, G.: "La prevención y las adicciones", en Rev. Ensayos y Experiencias. Consumo de alcohol y otras drogas. Novedades Educativas. Bs. As.

CONTENIDO

NOTA AL LECTOR	I
ABREVIATURAS.....	II
AGRADECIMIENTOS	III
INTRODUCCIÓN.....	1
<i>La “guerra” perdida.....</i>	<i>5</i>
C.1 – “ANTROPOLOGÍA Y SALUD”: UNA EPISTEMOLOGÍA DE LOS PADECIMIENTOS.....	15
C.2 – DIMENSIONES TEÓRICAS-EPISTEMOLÓGICAS DESDE EL CAMPO DE “ANTROPOLOGÍA Y SALUD”	39
2.1 – Proceso salud - enfermedad - atención (Ps-e-a).....	39
2.2 – Modelos de atención.....	42
2.3 – Salud / Padecimiento / Enfermedad	45
2.4 – Sistema médico	56
2.5 – Modelo Médico Hegemónico (MMH).....	57
2.6 – Proceso de medicalización.....	60
2.7 – Hacia una epidemiología sociocultural	62
2.8 – Crítica al enfoque de riesgo y “estilo de vida”	66
<i>¿Sociedad de riesgos o sociedad sin protecciones sociales?</i>	<i>67</i>
2.9 – Salud Pública (SP).....	70
2.10 – Atención Primaria de la Salud (APS)	71
2.11 – Saber profesional	73
C.3 – ANTROPOLOGIA Y DROGADEPENENCIA: EL RELOJ DE ARE- NA DE LAS DROGAS	81
3.1 – Polisemia sobre el concepto Drogas	84

3.2 – Breve recorrido histórico: de las tramas culturales a objeto fetichizado	88
3.3 – Paradigmas en juego.....	92
<i>A) El paradigma abstencionista:.....</i>	<i>94</i>
<i>B) El paradigma de Reducción de Daños como política social y de salud:.....</i>	<i>100</i>
3.4 – La construcción social del consumo de drogas	105
3.5 – Saberes “técnicos” sobre el fenómeno de las adicciones....	106
C.4 – NOTAS METODOLÓGICAS: CONSTRUCCIÓN DEL OBJETO-PROBLEMA Y ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN	119
C.5 – POLÍTICA, SERVICIOS DE SALUD Y PRÁCTICAS: UN PROGRAMA DE ADICCIONES EN LA SALUD PÚBLICA	125
5.1 – Los servicios de salud pública en el ámbito municipal	125
5.2 – Atención Primaria como eje de Gestión Municipal	127
5.3 – Incoherencia I: de lo político a la gestión de salud. La “ficción” en una intervención de salud pública.....	129
<i>La deslegitimación de la Ordenanza: la ficción de “ocuparse” de las adicciones:.....</i>	<i>135</i>
<i>¿Una nueva Ordenanza? No, es un Decreto, el Decreto del 19/11/2003.....</i>	<i>149</i>
<i>La imposibilidad de los inter-saberes.....</i>	<i>151</i>
5.4 – APS: una fractura en la construcción de un Programa de adicciones.	153
5.5 – “El adicto no consulta, el adicto no existe” en Hospitales y Centros de salud de la SSP	162
<i>El Saber profesional en los Centros de Salud de APS:</i>	<i>164</i>
<i>El Saber profesional en los servicios de Hospitales.....</i>	<i>166</i>
5.6 – Incoherencias II: La Prevención de las adicciones en Salud Pública: entre el poder y legitimidad de un paradigma.....	169
<i>La Prevención desde Centro de Prevención (CP):</i>	<i>171</i>

<i>La categoría “Adicciones” en el Centro de Prevención:</i>	175
<i>Prevención... ¿y la atención de las adicciones?</i>	178
<i>Saberes profanos y auto cuidado. ¿Y la participación comunitaria?</i>	181
<i>Las Demandas y paradojas.</i>	182
<i>El cierre del Centro de Prevención: “la distribución” por “ineficacia” en la prevención de adicciones:</i>	191
<i>¿Información es Prevención?</i>	193
<i>Otros modelos de atención: derivar de lo público a lo privado: las “becas” en las ONGs.</i>	202
5.7 – Incoherencias III: “cuantificar desde el sector salud”. La “invisibilidad” de las adicciones en los Programas de Epidemiología	203
<i>a) Primer proyecto: una epidemiología desde el departamento de Epidemiología y el CP:</i>	209
<i>b) Epidemiología desde el Programa Salud Mental, en distintas etapas:</i>	222
<i>Nuevo Programa Integral de Asistencia y Prevención del uso de Drogas. SM y el PAUD:</i>	224
<i>Otras “experiencias” de notificación en SSP:</i>	227
5.8 – Dilemas teóricos e ideologías asistenciales: estigmas y exclusiones en el saber técnico profesional	228
<i>El saber médico en las adicciones:</i>	230
<i>Las adicciones desde el saber de los profesionales de la salud mental</i>	236
C.6 – APUNTES FINALES PARA UNA INCONCLUSIVIDAD....	243
<i>El juego de normativas y la falta de respuestas intersectoriales....</i>	246
<i>Dispositivos asistenciales:</i>	248
<i>¿Intervenir? ¿Para qué? ¿Con quién o quiénes?</i>	251
ANEXOS	259
BIBLIOGRAFIA	265

Este libro se terminó de imprimir en

DELREVÉS SOLUCIONES GRÁFICAS

[graficadelreves@gmail.com]

Agosto de 2008.

MARTA ABONIZIO, Licenciada en Antropología, Doctora en Psicología, Docente e Investigadora de la Universidad Nacional de Rosario (U.N.R.).

En el presente libro se analiza la distancia existente entre las "regulaciones normativas" (Ordenanzas Municipales, etc.) y la efectiva implementación -en la jurisdicción de Rosario- de una política social y en el ámbito de la salud respecto a los usuarios de sustancias legales y/o ilegales. También, el estudio deja en evidencia aspectos centrales de la problemática: la "invisibilidad" de la misma respecto al discurso médico hegemónico (DMH) en los servicios de salud, la dificultad en la construcción de políticas públicas y sus posibilidades de crear condiciones de legitimidad.

El narcotráfico no solamente es un circuito vital del capitalismo que multiplica el dinero de un gran inversor como pocos otros negocios, sino que también constituye una formidable herramienta de domesticación social a través de la dependencia química. Las políticas públicas generalmente se ocupan de los últimos eslabones: los consumidores consumidos, pero dejan de lado - muchas veces por pura complicidad- a los empresarios que son capaces de pagar miles de pesos por semana para traer las sustancias psicoactivas que luego se "cortarán" en las calles de las ciudades y pueblos.

Sin ir muy lejos, en la provincia de Santa Fe, en un año, la distribución de la marihuana aumentó 31 veces y la de la cocaína, diez veces. Fenomenal negocio que no puede existir sin la mirada complaciente de funcionarios que funcionan para el privilegio y no para el pueblo. De allí la necesidad de impulsar y proteger trabajos cotidianos cargados de compromiso y valentía como el de Marta Abonizio. Este libro no es más que un fragmento de semejante conciencia con función social.

Carlos del Frade
Rosario, Agosto de 2008

978-987-05-4893-5



9 789870 548935